

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 138

Traitement
des Péritonites Puerpérales aiguës
diffusantes

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 6 Juin 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léon-Joseph MOLIN

Ex-Interne suppléant des Hôpitaux

Interne des Hôpitaux de St-Etienne

Né le 12 Juin 1904 à OULLINS (Rhône)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1932

TRAITEMENT des PÉRITONITES PUERPÉRALES
AIGUËS DIFFUSANTES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 138

Traitement
des Péritonites Puerpérales aiguës
diffusantes

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 6 Juin 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léon-Joseph MOLIN

Ex-Interne suppléant des Hôpitaux

Interne des Hôpitaux de St-Etienne

Né le 12 Juin 1904 à OULLINS (Rhône)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1932

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutique générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etiemme MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	ROCHAIX
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Puériculture et hygiène de la première enfance	MM. RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOURT	BERNHEIM	MORENAS
RHENTER	DEVIC	DECHAUME	REBATTU Ch..
MAZEL	GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL Ch..
SANTY	MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME Ch...
CHALIER (André)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	SÉDALLIAN Ch..
CHALIER (Joseph)	WERTHEIMER	EPARVIER	
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VORON, président; PATEL, assesseur;

ROCHET et POLLOSSON

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES ONCLES

A MON ONCLE

LE DOCTEUR H. MOLIN

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

Je dédie ce travail en témoignage
de ma reconnaissance émue et de
ma tendre affection.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR BARD (*in memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR DESGOUTTES

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL

MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TAVERNIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIC

Internat suppléant :

MONSIEUR LE DOCTEUR MOLIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DEVIC

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOVE-JOSSERAND

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GRAVIER

Dans ma famille bien avant d'entrer dans la carrière médicale j'ai souvent entendu prononcer un nom. Il était synonyme d'amitié très sûre et très fidèle. Dans la suite j'ai largement bénéficié de la sympathie qui unissait *M. le Professeur Voron* aux miens. Il m'a toujours accueilli dans son service, guidé et encouragé avec une particulière bienveillance. Qu'il me soit permis de lui dire aujourd'hui avec émotion mon profond attachement.

Dès mon premier semestre d'Externat j'ai été admis dans le service de *M. le Professeur Tixier*.

Son paternel accueil m'a permis de recueillir les enseignements précieux de son immense expérience chirurgicale.

Dans des circonstances particulièrement douloureuses il a donné aux miens le réconfort d'une bonté et d'un dévouement pleins de cœur. Qu'il me laisse lui dire ma respectueuse reconnaissance.

Il m'a été donné de profiter du brillant enseignement de *M. le Professeur Patel*; il a bien voulu accepter de faire partie de mon Jury de thèse. Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de ma respectueuse gratitude.

N'ayant pas eu l'honneur de compter parmi ses élèves, je n'oublierai jamais l'accueil que j'ai trouvé auprès de *M. le Professeur Villard* à l'occasion de ce modeste travail. La bienveillance qu'il m'a témoignée, les conseils qu'il a bien voulu me donner m'en-

couragent à lui exprimer ici ma très sincère reconnaissance.

M. le Professeur Pic a droit à l'hommage de mon plus respectueux dévouement. Pendant un semestre d'Externat et à deux reprises dans la suite, il ma prodigué journellement de précieuses leçons.

Que *M. le Professeur Agrégé Tavernier* me permette de le remercier respectueusement, des souvenirs précieux, que m'a laissé un semestre passé auprès de lui.

Je suis heureux de compter *M. le Professeur Agrégé Rochet* parmi mes juges. Qu'il me permette de le remercier de l'honneur qu'il me fait, et de lui témoigner toute ma gratitude.

M. le Professeur agrégé Pollosson m'a aidé dans cette étude. Je n'oublie pas les marques de bienveillance qu'il a bien voulu me donner, dès le début de mes études médicales. Au moment où il accepte de faire partie de mon Jury qu'il me permette de lui témoigner mon sincère attachement.

M. le Docteur François Condamin a droit à toute ma reconnaissance pour l'affectueux intérêt avec lequel il a suivi la rédaction de cette thèse. Qu'il me permette de l'assurer ici de ma réelle affection.

TRAITEMENT des PÉRITONITES PUERPÉRALES AIGÜES DIFFUSANTES

Introduction

Il suffit d'avoir observé un cas de péritonite puerpérale pour en garder un souvenir impressionnant.

Mais si l'on veut s'intéresser à l'étude d'un tel sujet, on se heurte immédiatement à plusieurs écueils:

— La rareté des péritonites puerpérales des suites de couches, rareté que les médecins accoucheurs signalent avec une légitime fierté.

— La mort souvent inéluctable de ces malades, malgré le traitement chirurgical mis en œuvre, souvent trop tard.

— Et d'autre part la diversité des observations publiées, groupées sous la dénomination uniforme de péritonite puerpérale et par cela même entraînant à des discussions parties souvent de points de vue différents.

C'est pourquoi il nous semble qu'une définition rigoureuse est dès l'abord indispensable à l'étude de ce sujet très précis qui comprend autant les péritonites du post-abortionum, plus fréquemment observées,

que celles du post-partum exceptionnelles et encore plus controversées.

Nous nous proposons de conduire cette étude, en adoptant le plan suivant :

- I. — DEFINITION ET LIMITATION aussi rigoureuse que possible de notre sujet.
- II. — ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE des lésions constatées et qui, comme nous le verrons, conduisent :
- III. — A DES INTERPRETATIONS PATHOGENIQUES diverses, l'ETIOLOGIE étant en fait celle de toute infection puerpérale.
- IV. — ETUDE CLINIQUE : classiquement définie mais au cours de laquelle nous nous attacherons à démontrer l'importance primordiale du DIAGNOSTIC PRECOCE dont découle le PROGNOSTIC.
- V. — TRAITEMENT : Nous abordons le véritable sujet de notre étude et il comportera :

CHAPITRE I :

UN HISTORIQUE au cours duquel nous montrerons l'évolution progressive des idées thérapeutiques qui ont abouti aux données actuelles encore controversées.

CHAPITRE II :

LE TRAITEMENT MÉDICAL.

CHAPITRE III :

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL comportant :

- I. — *L'étude des procédés*, c'est-à-dire :
 - A. Enumération et technique des procédés.
 - B. Leur valeur pratique, c'est-à-dire discussion des avantages et des inconvénients de chacun d'eux.
- II. — *Les résultats*.
- III. — *Le choix du procédé* : qui découlera logiquement des indications thérapeutiques.
- IV. — *Les indications cliniques*.

CHAPITRE IV :

APPLICATION AU TRAITEMENT DES PÉRITONITES PUERPÉ-
RALES AIGUES DIFFUSANTES DES ACQUISITIONS CON-
CERNANT LE TRAITEMENT DES PÉRITONITES AIGUES.

CHAPITRE V

CONCLUSIONS

BIBLIOGRAPHIE

I° DEFINITION DES PERITONITES PUERPERALES AIGUES DIFFUSANTES

Nous entendons par péritonites puerpérales : les péritonites aiguës au cours ou après une fausse-couche et les péritonites dans les suites de couches, les unes et les autres relevant d'une infection puerpérale.

Ce sujet nous paraît très limité et semble devoir éliminer rigoureusement :

1° Toutes les infections puerpérales pouvant peut-être déterminer de petites réactions péritonéales qui resteront toujours atténuées très secondaires dans le tableau clinique et ne nécessitant aucune thérapeutique spéciale.

Se trouvent donc éliminées de ce fait :

a) Les septicémies puerpérales : avec réactions péritonéales plus ou moins frustes, plus ou moins marquées, perdues le plus souvent au milieu du syndrome de septicémie foudroyante et découvertes à l'autopsie.

b) Les infections localisées :

- à l'utérus,*
- aux annexes,*
- au ligament large,*

s'accompagnant évidemment parfois d'une légère réaction péritonéale mais sans péritonite aiguë diffu-

sante spontanée primitive. Il y a intérêt dans ce cas à parler par exemple de pyosalpinx au cours de la puerpéralité et non de péritonite puerpérale, « c'est plus qu'une nuance (Couvelaire).

c) *Les péritonites localisées au pelvis* : Ce sont des poussées aiguës rapidement arrêtées dans leur diffusion par des adhérences et forment ainsi des abcès pelviens d'observation assez courante, dus en général à des infections atténuées.

2° *Les péritonites au cours de la puerpéralité et ne relevant pas d'infection puerpérale* :

— Péritonites par :

— appendicite, cholécystite,

— salpingite, rupture de pyosalpinx, etc...

et même les péritonites post-opératoires :

— opération césarienne,

— myomectomie au cours de la grossesse, etc...

Nous nous éloignons en cela de l'avis de Suzor (thèse Paris, 1928).

— Péritonites et réactions péritonéales observées :

— Après des traumatismes utérins obstétricaux :

— ruptures utérines,

— déchirures du segment spontanées ou consécutives à des manœuvres au cours de l'accouchement.

En résumé, le sujet étant ainsi défini, nous tenterons l'étude du traitement des péritonites puerpérales aiguës diffusantes survenant :

— Soit comme complication de l'avortement en cours mais le plus souvent le suivant : péritonites

puerpérales post-abortum en général consécutives à des manœuvres abortives ;

— Soit comme *complication des suites de couches* : affection infiniment plus rare. « Depuis Pasteur, en effet, on a vu les épidémies puerpérales décroître dans une telle proportion qu'on peut les considérer actuellement comme presque entièrement disparues. Au contraire les avortements sont toujours aussi fréquents, sinon davantage et les observations de leurs complications sont évidemment en plus grand nombre que celles se rapportant aux péritonites post-partum » (Suzor).

Ces dernières étant particulièrement bien étudiées dans la thèse de Suzor (péritonites puerpérales généralisées des suites de couches) inspirée par son Maître, M. le Professeur Jeannin, nous lui emprunterons quelques-unes de ses observations les plus typiques, leur extrême rareté ne nous ayant pas permis de réunir des cas probants tant dans le service de notre Maître M. le Professeur Voron qu'à la Maternité de la Charité.

Nous croyons utile de ne pas entrer directement dans l'étude de la thérapeutique, car il est des données anatomo-pathologiques et des connaissances pathogéniques et cliniques indispensables à la discussion du traitement des péritonites puerpérales aiguës.

II° ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Dans toute péritonite, la gravité dépend du microbe, de sa virulence, de sa qualité. Elle dépend aussi du terrain sur lequel elle évolue. C'est dire que les lésions observées en cours d'intervention, ou constatées à l'autopsie, sont différentes suivant les conditions et varient suivant les facteurs de virulence. Elles sont également variables, selon le moment où la laparotomie a été pratiquée.

Nous décrirons successivement les lésions péritonéales et les lésions génitales telles qu'on peut les observer au cours d'une péritonite puerpérale à point de départ pelvien soit qu'elle ait eu une allure diffuse ou qu'au contraire l'évolution clinique ait été soit foudroyante, soit subaiguë.

Nous signalerons au passage une variété de péritonite puerpérale avec occlusion intestinale aiguë.

LÉSIONS PÉRITONÉALES

1° *Forme diffuse*

a) *Au début* : L'infection péritonéale ne se traduit guère que par un aspect dépoli de la séreuse, dû à la chute de l'épithélium et par une vasculari-

sation plus abondante du péritoine qui tapisse le petit bassin alors qu'il reste normal dans la partie haute de l'abdomen.

L'épanchement lui aussi cantonné dans le pelvis est peu abondant. A cette époque il est séro-fibrineux, mais il ne tarde pas à se charger de leucocytes polynucléaires de plus en plus nombreux qui le transforment en une collection purulente d'étendue variable.

b) *Période d'état.* — Progressivement les lésions péritonéales diffusent du pelvis et s'étendent à la totalité du péritoine.

A l'ouverture de la cavité abdominale, les intestins sont fortement distendus par les gaz, le grêle atteint presque le volume du côlon. La séreuse a perdu son aspect brillant, elle a une coloration rouge pâle ou rouge foncé cyanique, parfois avec une augmentation de cette coloration au niveau des replis sur la surface de l'utérus, au niveau des ligaments larges. Le grand épiploon offre parfois un épaississement marqué.

Le péritoine est recouvert d'un exsudat fibrineux apparent, des fausses membranes très frêles relient les anses intestinales les unes aux autres, mais elles nous ont toujours paru lâches, légères, fragiles. Avec Suzor nous pouvons dire : « Il ne nous semble pas qu'une péritonite généralisée à streptocoques puisse jamais s'enkyster ».

L'épanchement d'abondance moyenne est le plus souvent crèmeux, filant bien ou plus fluide tenant en suspension des flocons de fibrine, des particules blanchâtres ressemblant à des grumeaux de caséine.

2° *Forme suraiguë ou forme généralisée hyperseptique*
forme sèche d'Hervieux

La séreuse réagit dans la totalité de sa surface.

Les phénomènes cliniques ont éclaté de façon très rapide : quelquefois à la fin du travail, disent les anciens auteurs (Jacquemier).

Epanchement séro-fibrineux parfois insignifiant ou au contraire de la définition d'Hervieux assez abondant. Il est comparable à du bouillon de bœuf, ou encore à des urines fébriles.

L'examen bactériologique traduit une culture de streptocoques extrêmement riche. Les anses intestinales recouvertes d'un péritoine légèrement congestionné ne présentent jamais de fausses membranes; elles sont poisseuses, l'épiploon donne la même sensation au toucher.

3° *Forme subaiguë*

Qu'il nous suffise de dire que les lésions rappellent celle de la péritonite diffusante, elles sont plus marquées et seule une différence d'âge conditionne cette fois-ci la formation de fausses membranes, d'adhérences, favorisées par la lenteur d'évolution et constituant une forme anatomo-pathologique distincte.

LÉSIONS GÉNITALES

Alors que les lésions péritonéales sont toutes au premier plan des constatations anatomo-pathologiques sur la péritonite puerpérale diffusante et cela

avec un caractère de constance qui s'impose, les *lésions génitales, elles, sont essentiellement variables et parfois même absentes*. C'est là un des caractères essentiels de la péritonite puerpérale qui se dégage bien lorsqu'on a su éliminer tous les cas de péritonite d'origine génitale simplement survenus pendant la puerpéralité, surajoutés à celle-ci.

A) *Lésions utérines*

a) *Au début* : Il est classique de signaler l'intégrité absolue des organes génitaux au cours de la péritonite puerpérale suraiguë (Hervieux). Mais on peut rapprocher de ce fait des observations de péritonite aiguë ou subaiguë, dans lesquelles l'utérus n'offre rien de notable, l'organe paraissant absolument sain. L'infection a brûlé l'étape muqueuse pour se rendre directement à la séreuse (Naz). On ne peut que constater la fréquence de l'intégrité des organes génitaux coexistant avec un abondant épanchement purulent dans la cavité péritonéale.

Et cela, même s'il s'agit de péritonite puerpérale post-partum :

« Tout au plus la palpation d'un feuillet du ligament large permettra-t-elle de constater son épaississement au niveau des bords de l'utérus. La section de ce feuillet sera parfois nécessaire pour déceler la lymphangite péri-utérine. Le plus souvent ce n'est que l'utérus en mains que cette dernière pourra être constatée. On notera alors également, soit à la coupe la présence de micro-abcès soit à l'examen histologique

des zones d'infiltration principalement dans la région du parenchyme immédiatement sous-jacente à l'aréa-placentaire... lésions parfois très minimes (Suzor).

b) Période d'état : L'utérus point de départ de l'infection diffusante ne présente souvent aucune lésion inflammatoire nette, le syndrome péritonéal prédominant. Il est même impossible de décrire des lésions identiques.

Le plus souvent on trouve un utérus un peu plus gros qu'il ne devrait être, présentant à l'examen histologique : des lésions d'endométrite simple. Si le processus est laissé à son évolution, l'infection ne s'arrête pas à ce degré, des lésions de métrite parenchymateuse apparaissent, et alors mais rarement l'intervention pratiquée plusieurs jours après le début montre des lésions nettement caractérisées, telles que des abcès sous-péritonéaux volumineux, siégeant de préférence au niveau du fond utérin.

B) *Lésions Annexielles*

Là encore, s'il s'agit de péritonite puerpérale diffusante prise à un stade avancé, ovaires et trompes peuvent être trouvés en voie de suppuration nettement caractérisée. Mais le plus souvent au début on n'observe pas de lésions analogues, les annexes paraissent absolument saines.

De même que nous avons éliminé par définition de notre sujet, les lésions utérines telles que : fibrome sphacélé, perforation, rupture d'abcès ou de phleg-

mon, myomectomie ou opération césarienne avec poche des eaux rompue depuis un certain temps, se compliquant de réactions péritonéales à notre avis bien distinctes de la péritonite puerpérale aiguë diffusante, nous éliminons certaines lésions annexielles ayant un retentissement péritonéal au cours de la puerpéralité.

Pour justifier cette délimitation de notre sujet nous citons une observations de M. Leroux, in Société d'Obst. et Gyn., février 1930.

OBSERVATION I

Hémorragies au huitième mois. Diagnostic de placenta proevia. Hospitalisation.

Mme L..., 37 ans, huitième grossesse.

Accouchement : le 23 septembre, coliques utérines subintrantes, accouchement spontané d'un garçon vivant de 1.850 grammes. Douleurs très violentes dans les heures qui suivent.

Suites de couches : Premier jour, douleurs moins vives localisées dans le flanc droit; deuxième jour, température à 38°, pouls à 160 bientôt incomptable, vomissement porracé. Le ventre commence à se ballonner.

Intervention : Laparotomie médiane sous-ombilicale : flot de pus séreux, anses pâles, distendues, rouges. *Trompe droite épaissie, rouge*, les franges du pavillon sont enflammées : *salpingectomie* unilatérale. La trompe gauche est saine. Mickulicz imprégné d'huile goménolée, derrière l'utérus.

Suites opératoires : simples. La malade sort guérie le 3 novembre 1929.

L'auteur veut signaler que l'absence d'hystérectomie de cet utérus à terme n'a nullement empêché le parfait drainage déclive du péritoine. Le drainage a été obtenu par le Mickulicz auquel on peut attribuer le succès opératoire, à la 48^e heure, de ce qu'il considère comme un cas de péritonite puerpérale aiguë. Mais Couvelaire signale la nécessité d'intituler le cas : Péritonite par rupture de pyosalpinx pendant la puerpéralité et non péritonite puerpérale. Il souligne qu'il y a « plus qu'une nuance ».

En résumé, les lésions génitales sont essentiellement polymorphes et même très souvent absentes.

Il arrive que l'intestin, dès le début, subisse le contre-coup de la réaction péritonéale encore localisée au petit bassin. C'est une variété de péritonite puerpérale diffusante avec occlusion aiguë. Dans cette forme les anses grêles sont surprises par la péritonite commençante, lorsqu'elles siègent presque dans le cul-de-sac de Douglas. Là le processus péritonitique les fixe par des adhérences légères, les anses grêles se coudent et une occlusion aiguë survient avec mélange d'iléus mécanique et de péritonite diffusante.

OBSERVATION II

Péritonite diffusante post abortum. Syndrome d'occlusion intestinale. Laparotomie. Mickulicz. Cæcostomie de sécurité. Guérison (Observation communiquée par M. le D^r François CONDAMIN).

M..., 25 ans. Arrive le 9 janvier 1932.

A. P. : un enfant, une fausse-couche. Enceinte de deux mois et demi.

Depuis six jours, pertes rouges.

Depuis 48 heures : Température élevée, douleurs abdominales, vomissements bilieux.

Examen : Abdomen météorisé et contracturé. Facies péritonéal. Pouls à 120. Température 38°2.

Toucher : Col dilaté. Placenta à l'orifice.

Curage.

10 janvier : Amélioration. Ventre plus souple. Quelques gaz.

12 janvier : Température oscillante. Météorisme. Arrêt des gaz. Coliques.

13 janvier : Coliques de plus en plus fortes. Ondes péristaltiques nettes.

Intervention :

1° Petite laparotomie sous-ombilicale médiane. Pas de liquide, mais anses grêles, cæcum très dilatés, rouges avec fausses membranes. On dégage un utérus mou, œdémateux. On libère du Douglas quelques anses grêles coudées, beaucoup plus congestionnées que les autres adhérentes au cul-de-sac.

— *Mickulicz rétro-utérin* et un drain.

— *Une hystérectomie avec cet état de distension du grêle serait presque impossible.*

2° *Cæcostomie sur sonde.*

Suites opératoires : Cæcostomie fonctionne, abondante suppuration du Mickulicz au 7^e jour. Ablation du sac et des mèches du 8^e au 14^e jours. Suites sans incidents. Cure de la fistule cæcale ajournée. Celle-ci se fermera d'ailleurs spontanément.

Malade revue en mai : va bien.

Cette forme avec occlusion nous paraît tout à fait spéciale et semble sortir un peu du cadre de notre étude : l'occlusion aiguë paraissant dominer la scène clinique de la péritonite. Mais en réalité elle est due au même processus de péritonite diffusante à point de départ pelvien.

Le fait particulier c'est que des anses grêles se sont trouvées surprises au fond du pelvis par ce processus aigu. Il se forme alors comme dans les occlusions post-opératoires une zone de réaction séreuse sur laquelle viennent adhérer et se couder des anses grêles qui, déjà atteintes par le processus de péritonite diffusante sont rouges, congestionnées et un peu dilatées. Alors se crée une occlusion mécanique qui se surajoute à la dilatation paralytique des anses.

Conclusions Anatomo-Pathologiques

1° Au cours de la péritonite puerpérale les lésions péritonéales sont constantes.

2° Elles débutent au petit bassin et diffusent ensuite, mais « il ne semble pas qu'une péritonite puerpérale généralisée à streptocoques puisse jamais s'enkyster ».

3° On peut insister sur la fréquence de l'intégrité des organes génitaux coexistant avec un abondant épanchement purulent dans la cavité péritonéale.

4° De là découlent les idées étiologiques et pathogéniques actuelles, concernant les péritonites puerpérales aiguës diffusantes,

III. — ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

A cette occasion et en conséquence de nos conclusions anatomo-pathologiques, nous ferons un bref historique des théories anciennes émises au cours de l'histoire de la péritonite puerpérale. Il suffit de rappeler que les auteurs de ces époques éloignées ne possédaient comme moyens d'investigation que les données de l'anatomie pathologique, observées le plus souvent avec une extrême minutie et que sur elles ils basaient toutes leurs théories étiologiques et pathogéniques.

Ensuite vint Pasteur, la bactériologie et de nouvelles méthodes de laboratoire furent autant de moyens de recherches et d'observations exactes.

Nous réservons l'historique du traitement chirurgicale de la péritonite puerpérale pour le moment où nous aborderons le véritable sujet de cette étude.

I. — PÉRIODE ANTÉ-PASTEURIENNE

Au cours de cette étape, les anciens auteurs donnent des descriptions cliniques très détaillées mais guident leurs interprétations à la seule lumière de l'anatomie pathologique macroscopique.

Signalons la théorie d'Ambroise Paré ou de la rétention des lochies. Celle de Puzos (Premier mémoire sur les dépôts laiteux, 1686), ou de la métastase laiteuse.

A. de Jussieu, de Villars et Fontaine (Mémoire de l'Académie Royale des Sciences, 1746) observent à Paris, l'un en ville, les deux autres à l'Hôtel-Dieu, une épidémie avec ballonnement du ventre ; à l'ouverture des cadavres on trouvait une sérosité laiteuse.

« En 1778 il y eut à Berlin une épidémie de fièvre puerpérale qui, d'après Selle, enleva 8 malades sur 20 la première année, et 7 la seconde. Elle exerça ses ravages pendant un mois et disparut ensuite subitement. Après la mort on a constamment rencontré sur l'épiploon, le péritoine et dans les interstices des circonvolutions péritonéales, une plus grande quantité de matières purulentes que les endroits enflammés ou gangrénés n'auraient pu en fournir, ce qui, selon Selle, ne laisse aucune doute sur la réalité d'une métastase laiteuse. »

Mais, comme le souligne Suzor (Thèse de Paris, 1928, Médaille) : « D'autres auteurs établissant une réaction de cause à effet inverse de la réalité, considéraient les épanchements abdominaux constatés à l'autopsie, comme étant à l'origine de l'infection puerpérale, et contribuèrent à l'élaboration de la doctrine de : la péritonite à l'étiologie de cette affection.

Nous avons vu en effet quelle était la fréquence de l'intégrité des organes génitaux noyés cependant au

milieu d'un abondant épanchement purulent dans la cavité péritonéale.

Plus sagement, « d'autres faisant abstraction des doctrines et des théories mentionnent des symptômes et des constatations anatomiques que nous pouvons interpréter aujourd'hui comme relevant manifestement de la péritonite ».

1° *Parmi les premiers* : « Mead regardait la fièvre puerpérale comme une inflammation des épiploons. » Il aurait constamment trouvé la « matrice saine ».

Will Hunter (Médical Comment Edim., t. III, 1776) développait cette thèse que non seulement l'inflammation du péritoine est la cause de la fièvre puerpérale, mais que si l'on trouve quelquefois à la suite de cette maladie d'autres viscères également phlogosés, il faut attribuer ce fait à leur contiguité avec la membrane péritonéale, siège primitif de la phlegmasie.

2° *Parmi les seconds* : « Ponteau vit en 1750 à l'Hôtel-Dieu de Lyon : une maladie qui se déclarait du 3^e au 4^e jour après l'accouchement qui s'annonçait par des coliques des plus violentes sans aucun autre symptôme avant-coureur. A ces coliques, se joignaient une diarrhée catarrhale et une tension considérable de l'abdomen. La mort survenait promptement, ou bien il se formait des abcès très étendus qui faisaient toujours succomber les malades, mais plus tard. A l'ouverture des cadavres il existait plusieurs zones de suppuration et des adhérences entre les viscères, l'épiploon et le feuillet du péritoine qui tapisse les muscles abdominaux.

Delamotte (Traité des accouchements, 1765) rapporte « qu'une maladie épidémique enleva à Rouen et à Caen « presque toutes les femmes en couches », mêmes celles dont le travail avait été le plus heureux. Il survenait une diarrhée avec tension et douleurs du ventre, une fièvre qui augmentait rapidement, les remèdes restant inefficaces ».

En 1887, à l'Hôpital général des femmes en couches de Londres, John Clarke a donné la description suivante : La maladie débutait du 2^e au 5^e jour qui suit l'accouchement, parfois même immédiatement après. L'auteur note surtout l'altération du facies qui prend un aspect cadavérique, l'accélération du pouls... En même temps, tuméfaction générale du bas-ventre qui est bientôt le siège de vives douleurs. Au 2^e degré, diarrhée souvent excessive, gonflement considérable de l'abdomen, vomissements très opiniâtres de matières vertes, puis noires, fétides... Mort vers le 3^e, le 8^e jour au plus tard. A l'autopsie : plusieurs pintes de liquide séreux, intestins recouverts d'une substance solide, semblable à de la lymphe coagulée.

En somme les accoucheurs se heurtent à l'infection puerpérale considérée comme une entité morbide, avec à l'origine un véritable génie épidémique.

II. — PÉRIODE POST-PASTEURIENNE

L'ère microbienne donna enfin la clef de l'énigme et montra ce qu'était réellement l'infection puerpérale, et par suite la péritonite puerpérale post-partum et post-abortionum.

Agent pathogène

Le germe spécifique est le streptocoque dans sa variété aérobie. Le plus souvent hémolytique, c'est cette variété que Keller de Strasbourg a constamment rencontrée dans 7 cas de péritonite dont il nous fait mention (Suzor).

Sur 11 cas, M. Jeannin a trouvé le streptocoque 6 fois à l'état isolé et 5 fois associé à d'autres microbes. En fait, ceux-ci sont toujours associés au streptocoque.

Pathogénie de la localisation péritonéale

Nous avons éliminé les péritonites survenant au cours de la puerpéralité et ne relevant pas de l'infection puerpérale proprement dite : péritonite par cholécystite, appendicite, salpingite, rupture de pyosalpinx, fibrome sphacélé ou même post-opératoire : césarienne, myomectomie. De même celles qui résultent d'un traumatisme obstétrical : rupture, déchirure, perforation.

Mais qu'il s'agisse de péritonite post-abortum ou survenant à la suite de l'accouchement le plus normal, sans qu'il y ait eu la moindre manœuvre obstétricale, 3 voies s'offrent à l'agent pathogène pour aller ensemençer le péritoine et le faire réagir :

a) *La voie lymphatique* : La muqueuse utérine et l'aire placentaire étant infectées, les lymphatiques de l'utérus communiquant avec ceux du péritoine, les inoculent et la péritonite se déclare. Endométrite, lymphangite simple, péritonite se succèdent. Cette

interprétation est extrêmement simple et facile, qu'il s'agisse de péritonite post-partum ou à plus forte raison de péritonite consécutive à des manœuvres abortives.

b) *La voie sanguine* : Il faut admettre 3 stades : un premier : d'infection localisée, un deuxième : de septicémie, un troisième : de péritonite confirmée.

Achard ne l'admet qu'à titre exceptionnel, l'infection du péritoine étant alors pour lui un épiphénomène au cours de la septicémie.

Nous avons éliminé de notre étude les septicémies puerpérales avec réaction péritonéale secondaire, quoique celle-ci soit particulièrement intéressante lorsqu'il s'agit de patientes présentant des foyers infectieux à distance, angine, état grippal, ou qu'il s'agit de cas se présentant en période d'épidémie. Comme le dit Chomé dans un travail de la Clinique Tarnier pendant l'épidémie de grippe de 1916 : « Nous ne pouvons admettre chez ces malades une origine génitale de l'infection. Aucune d'elles n'a présenté de signes d'infection utérine même légère. Il s'est produit une véritable septicémie au cours du travail. »

Mais au point de notre sujet : la péritonite diffuse à point de départ pelvien par infection puerpérale, il est évident que cette voie peut être suivie de même que la voie lymphatique. Il est en effet impossible de comprendre la réaction d'un seul des systèmes circulatoires puisque tous deux sont béants en contact avec la plaie d'inoculation. Elle explique, avec la virulence exaltée du microbe, les cas de péri-

tonite généralisée d'emblée : péritonite septicémique suraiguë.

c) *La voie tubaire* : N'offre qu'une bien faible importance par rapport aux deux premières, qu'il s'agisse de péritonite post-partum ou post-abortum.

Soulignons à la fin de ce rappel étiologique et pathogénique que depuis les progrès de l'asepsie et de l'antisepsie, « depuis Pasteur on a vu les épidémies puerpérales décroître dans une telle proportion qu'on peut les considérer actuellement comme presque entièrement disparues. Au contraire, les avortements sont toujours aussi fréquents sinon davantage et les observations de leurs complications sont évidemment en plus grand nombre que celles se rapportant aux péritonites post-partum. » (Suzor).

Et concluons que la péritonite puerpérale reconnaît la même étiologie que l'infection puerpérale, mais que peut-être elle est plus intéressante à étudier, « parce que nous devons savoir que la péritonite constitue une réaction de défense de l'organisme et qu'en favorisant ce travail par des moyens appropriés nous aurons à enregistrer des succès fréquents et consolateurs » (Cardot). En réalité c'est moins une réaction de défense qu'un témoignage de l'atteinte du péritoine par lympho-péritonite et qui, dans les formes moyennes, permet un traitement chirurgical satisfaisant.

IV. — ETUDE CLINIQUE

Cliniquement la péritonite diffusante est difficile à diagnostiquer à la phase de début. La symptomatologie est souvent fruste et bien des fois la péritonite est une trouvaille d'autopsie, le diagnostic d'infection puerpérale seul ayant été porté. Les symptômes de l'atteinte péritonéale, disent les auteurs, « disparaissent devant la gravité de l'état général et passent inaperçus ».

Il est très vrai que « les signes généraux du fait de leur préexistence et malgré les modifications qu'ils pourront subir ultérieurement ne constituent, pris isolément, que des éléments de présomption ». (Suzor).

A côté d'eux il y a cependant une symptomatologie faite de signes fonctionnels et de signes physiques permettant de déceler la péritonite. Mais la péritonite puerpérale post-partum étant devenue rare de nos jours, on n'a plus l'esprit attiré sur elle, on ne cherche plus à la dépister.

Nous croyons que la symptomatologie de la péritonite puerpérale aiguë diffusante existe toujours, qu'elle ne disparaît pas devant la gravité de l'état général et que la surprise de la lésion péritonéale, dé-

couverte d'autopsie, serait moins rare si on y pensait davantage comme complication possible de la puerpéralité.

« Nous ne ferons pas de différenciation entre la péritonite post-partum et post-abortum. Dans les deux cas l'infection est identique et peut donner naissance aux mêmes symptômes » (Cardot). Mais avec cette réserve qu'il est évident que « *les réactions biologiques de la femme récemment accouchée... qu'une paroi abdominale préalablement distendue et ayant le degré de flaccidité que possède celle d'une femme récemment accouchée* », pourront donner un tableau clinique post-partum différent de celui du post-abortum. Nous insisterons sur ces signes un peu particuliers, car ce sont eux surtout qui font que « le diagnostic de la péritonite puerpérale dans bien des cas est une affaire de tact et de sens clinique » (Jeannin).

I. — Symptomatologie

Nous prendrons comme sujet de description de la péritonite puerpérale diffusante, la forme aiguë absolument typique et qui doit être le triomphe de la méthode chirurgicale si on intervient à temps.

A. — PHASE DE DÉBUT

La péritonite se déclare ordinairement du 3^e au 5^e jour, nous dit Jeannin (Statistique de Berrier-Fon-

taine : début 185 fois du 1^{er} au 3^e jour, 60 fois du 4^e au 10^e jour).

Nous ferons état de la description qui se dégage des travaux modernes les plus récents et qui s'appliquent particulièrement aux péritonites du post-partum. Celle-ci, comme nous le verrons, nous semble très différente du tableau clinique réalisé par les péritonites du post-abortionum à leur début.

1° *Signes généraux*

a) *Le frisson* : Est le phénomène initial d'un intérêt capital. Intense, prolongé, il peut durer de 10 minutes à 1 heure. Il peut, dans certains cas, se continuer par des frissons successifs « à mesure que l'infection d'abord partielle se généralise » (Siredey). Toujours absent dans les cas de péritonite banale, il s'observe ici avec une particulière fréquence. Il doit donner l'éveil et faire surveiller étroitement la malade, et rechercher les signes physiques de péritonite : d'heure en heure.

b) *La température* : Existe puisque avant le début de la péritonite la malade est déjà une infectée, mais le plus souvent l'apparition de plusieurs symptômes péritonéaux coïncide avec une brusque élévation de température, pouvant atteindre 40°5 après le frisson.

c) *Le pouls* : A cette période s'élève à 100, 120, petit, serré, il est un élément de diagnostic extrêmement précieux. Parallèle à cette période avec l'élévation thermique, il ne va pas tarder à s'en dissocier.

2° Signes fonctionnels

a) *La douleur* : C'est le symptôme constant. Elle ne manque jamais d'apparaître pendant le stade de chaleur qui succède au frisson. Elle est presque toujours spontanée, siégeant dans la partie basse de l'abdomen, souvent plus accusée d'un côté elle apparaît parfois progressivement, mais dans la majorité des cas elle est d'emblée très violente, traduisant l'infection séreuse du petit bassin, encore à ses débuts.

— Son intensité ne cesse de s'accroître, elle n'est pas calmée par les applications de glace.

— Elle est exaspérée par le moindre mouvement, le poids des draps arrache spontanément des cris à la malade.

— De l'hypogastre elle tend à s'irradier peu à peu vers la partie haute de l'abdomen avec alors un maximum d'intensité au niveau du creux épigastrique.

b) *La diarrhée* : N'est pas un symptôme constant, mais son apparition précoce lui donne une grosse valeur diagnostique (Suzor). En effet, elle est d'apparition extrêmement précoce, abondante, incoercible, résistant à l'opium, séreuse, horriblement fétide, elle doit faire rechercher la péritonite de parti pris.

Elle prend ici la valeur diagnostique que les chirurgiens donnent à la constipation au cours des autres péritonites. « J'invoque, disait Hervieux, le témoignage de Béhier, qui n'a vu la diarrhée manquer que 11 fois sur 69 » (Mondor).

c) *Les vomissements* : Un des meilleurs signes de

début dans la péritonite post-abortum, comme au cours des péritonites banales ; ils sont très espacés, quelquefois absents au cours de la péritonite post-partum ; s'ils existent, ils sont très éloquents, car c'est ici un phénomène exceptionnel après les couches (Suzor).

3° Signes physiques

a) *A l'inspection* : Dans la péritonite post-abortum, la paroi est rétractée, on remarque l'absence de respiration abdominale.

Dans les péritonites post-partum, *la contracture* est très rare. « Nous ne l'avons rencontrée que deux fois sur vingt, il est d'ailleurs fort compréhensible que des muscles qui n'ont pas retrouvé toute leur tonicité ne puisse se maintenir en état de contraction permanente » (Suzor).

b) *A la palpation* : La paroi rétractée, dure, est le signe d'une *hyperesthésie cutanée intense* au cours des péritonites post-abortum. L'examen à la palpation est insupportable à ces malades. Il demande énormément de douceur pour être pratiqué.

Au cours des péritonites post-partum la conservation de la respiration abdominale étant de règle comme nous l'avons vu, la palpation permet également de constater la souplesse de la paroi abdominale. Cette souplesse, il est vrai, est assez rapidement limitée par une défense qui se manifeste lorsque la pression de la main qui palpe s'accroît un peu (Suzor).

Dans les deux formes, le mode d'apparition de la défense musculaire est précoce. Elle tend progressivement à disparaître à mesure que la péritonite diffuse. Parallèlement le météorisme s'installe.

Il est cependant, nous le verrons, une forme au cours de laquelle le météorisme est d'emblée très important.

c) *A l'examen des organes génitaux* : On assiste ordinairement à une diminution de l'écoulement des lochies.

— *par le toucher* : à côté d'un col plus ou moins entr'ouvert, on sent parfois un empâtement d'un des culs-de-sac latéraux répondant à une infiltration du ligament large.

Le toucher à la mobilisation de l'utérus intensifie encore les douleurs de la malade.

Le tableau que nous venons de tracer s'applique essentiellement à la péritonite du post-partum qui est très rare. Nous avons trouvé ces données récentes dans la thèse de Suzor, mais la péritonite du post-abortion nous semble avoir un masque un peu différent. Dans celle-ci on peut retrouver le frisson, la température, la diarrhée qui semblent témoigner plus d'une septicémie généralisée que d'une atteinte isolée du péritoine. La symptomatologie péritonéale peut débiter, soit avant même que la fausse couche ne soit faite dans les cas d'avortement provoqué, soit au cours de la fausse couche ou dans les suites immédiates. Il s'agit, il est vrai, de nuances cliniques qui demandent une observation rigoureuse pour être mises en évidence.

Les modifications de l'état général, température et pouls, sont à peine marquées. Cependant le pouls paraît déjà plus rapide que ne le comporterait la température. Le facies reste bon, quoique déjà légèrement angoissé.

L'examen de l'abdomen montre également des modifications très légères qu'il est aisé de laisser passer. La respiration abdominale se fait avec une bonne amplitude, le ventre est souple, non douloureux, si ce n'est au niveau de l'étage pelvien qui commence à s'immobiliser un petit peu, qui perd de sa souplesse, se contracture et est légèrement douloureux, déjà bien différent des affections utérines avec ventre souple.

Un clinicien averti saisira ces différences et songera, en se rappelant l'évolution de cas analogues, à une péritonite diffusante à son extrême début. Ce n'est que l'observation d'heure en heure de ces symptômes assez frustes qui permettra d'aboutir à un diagnostic précoce de probabilité.

B. — PHASE DE PÉRITONITE DIFFUSANTE

Dans le post-partum, observé à la phase de début, la symptomatologie de la péritonite puerpérale est suffisante : le frisson initial constant, suivi d'une élévation thermique très importante avec accélération du pouls, s'accompagnant le plus souvent de diarrhée, doit faire rechercher la douleur abdominale chez une femme relevant de couches ou ayant subi

des manœuvres abortives. Nous avons vu qu'elle ne manque jamais et avec un caractère d'intensité qui fait que la malade l'accuse spontanément.

De parti pris il faut penser à la péritonite et en rechercher les signes.

Sinon l'infection séreuse diffuse et avec elle diminuent les chances d'une intervention précoce, rapidement menée lorsque l'état général de la malade était encore satisfaisant.

1° *Signes généraux et fonctionnels*

Ils se modifient et s'aggravent en quelques heures.

— *la douleur* : s'étend maintenant à tout l'abdomen, avec maximum au creux épigastrique, elle épuise peu à peu les forces de la malade.

— *la diarrhée* : profuse y contribue puissamment avec les vomissements témoins de l'intoxication commençante avant laquelle il faut intervenir.

— *l'intensité des pulsations* tend à diminuer, et si la température se maintient à un niveau très élevé, la fréquence du pouls cède peu à peu ; le ralentissement témoigne de la toxémie grandissante.

2° *Signes physiques*

A mesure que la péritonite diffuse on assiste aux modifications des symptômes de la phase de début.

a) *A l'inspection* : Le ventre, qui était rétracté, se ballonne : la peau est tendue, luisante, sillonnée de veines, d'autant plus apparentes que la respiration

est plus gênée ; avec le météorisme on constate le tympanisme concomitant.

b) *A la palpation* : On ne peut que constater l'énorme distension de la paroi abdominale refoulée par les anses dilatées.

La douleur à la pression s'est un peu atténuée.

— Les *urines sont rouges*, chargées en urates, peu abondantes, souvent nulles et contiennent une forte proportion d'albumine.

C. — EVOLUTION : PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE

Peu à peu les signes d'intoxication se surajoutent ; le pouls devient irrégulier, ses irrégularités annoncent la période terminale. Faible, bientôt incomptable, il se dissocie progressivement d'avec la température.

La douleur abdominale s'est peu à peu atténuée, un état de bien-être s'est substitué à la période d'agitation. En même temps, constituant un symptôme de fâcheux augure, le hoquet apparaît.

Quel que soit l'état : euphorie, agitation, le tableau présenté par la malade est caractéristique : c'est celui de toute péritonite aiguë généralisée arrivant à sa fin.

Si l'intervention chirurgicale n'est pas pratiquée, alors que dans cette forme il est possible de suspecter la péritonite et d'en faire le diagnostic par la recherche des éléments signalés en cours d'étude, « la mort survient fatalement de 4 à 5 jours en moyenne après le début ».

II. — Formes cliniques

1° FORME SURAIGUË : SEPTICÉMIE D'EMBLÉE

C'est la forme foudroyante d'Hervieux. Il y a toujours septicémie, l'hémoculture est constamment positive. — Nous avons noté au cours de notre étude anatomo-pathologique l'absence de réaction inflammatoire au niveau des organes génitaux.

« Moins de vingt-quatre heures après l'apparition du frisson initial, les malades sont la proie à des souffrances aiguës, lesquelles parcourent en tous sens l'enceinte abdominale. Aucune région de cette cavité n'est épargnée. Tension et développement du ventre, sécheresse de la langue, nausées, vomissements, diarrhée, altération des traits, excavation des yeux, pulvérulence des narines... tout cet appareil qui appartient à la péritonite confirmée se manifeste avec ou aussitôt après les premières douleurs. Il va de soi que cet ensemble effrayant aboutit dans un délai très court à l'issue funeste. » (HERVIEUX.)

Elle est constamment mortelle.

2° FORME SUBAIGUË, LATENTE

C'est la « forme silencieuse » de Jeannin. Le diagnostic en est extrêmement difficile et on comprend que le plus souvent elle ne soit qu'une découverte d'autopsie.

OBSERVATION III (in thèse SUROR)

Mme G..., 24 ans, secondipare. A eu ses dernières règles le 15 août 1926.

Accouchement : Elle accouche naturellement le 16 mai 1927. Fille vivante pesant 2.950 grammes. Délivrance complète spontanée pesant 400 grammes. Légère hémorragie de la délivrance.

Suites de couches : Le quatrième jour, brusquement la malade se plaint de douleurs abdominales intenses en même temps que la température monte à 40°, pouls à 120. La possibilité d'une péritonite est rejetée en l'absence de vomissements et de contracture et du fait que la malade a eu une selle dans la journée et émet des gaz. Facies normal.

Le cinquième jour, même état. Apparition de diarrhée. Le diagnostic est celui de septicémie en évolution. On pratique un abcès de fixation et la malade reçoit des injections intra-veineuses d'électrargol.

Le septième jour, apparition de vomissements. Pas de facies péritonéal, par ailleurs les urines contenant du pus, on adopte le diagnostic de pyélite avec septicémie et on fait un traitement adéquat.

Les jours suivants, aggravation de l'état général.

Le onzième jour, décès.

Autopsie : Liquide séreux louche, en abondance dans la cavité péritonéale avec des fausses membranes dans le petit bassin. Pas de congestion des vaisseaux, anses intestinales libres, sans adhérences ni fausses membranes. Utérus gros non nicolué ; trompes d'aspect normal, appendice sain.

3° FORME AVEC MÉTÉORISME

Peut s'observer également dans les formes aiguës ou subaiguës. D'emblée, l'abdomen se laisse dilater, devient tympanique malgré la coexistence d'une diarrhée rebelle comme le signale Suzor.

En somme le tableau clinique est celui d'un iléus paralytique avec hoquet et vomissements précoces, gêne respiratoire et polypnée.

4° FORME AVEC OCCLUSION AIGUE

Celle-ci relève d'un mécanisme très particulier, comme nous l'avons vu au cours de notre étude anatomo-pathologique (obs. II). A mesure que se développent les petits signes d'une péritonite commençante, apparaissent des symptômes beaucoup plus violents et plus nets d'occlusion intestinale aiguë. Caractérisée par :

a) Crises douloureuses extrêmement violentes, d'abord espacées puis se rapprochant progressivement.

b) A l'examen : par la constatation au moment des crises douloureuses de la dilatation d'une anse intestinale animée d'ondes péristaltiques, qui se dessinent sous la peau à jour frisant. Le fait nettement observé suffit à individualiser cette forme occlusive. Déjà en 1912, dans une communication à la Société de Chirurgie de Lyon, le Professeur Villard avait insisté sur la valeur du péristaltisme intestinal au cours des péritonites post-opératoires, ce symptôme indiquant un obstacle mécanique certain devant entraîner un diagnostic et une thérapeutique différente.

Si on laisse passer cette phase d'iléus mécanique, on voit l'élément péritonéal prédominer à son tour et se développe peu à peu une péritonite généralisée dont les symptômes viennent submerger ceux du tableau précédent.

III. — Diagnostic

I. — DIAGNOSTIC POSITIF

A la phase d'état, pas de discussion possible sur l'interprétation des symptômes : pouls, température, météorisme, douleur, vomissements répétés, etc... Mais où le diagnostic prend de l'importance, c'est à la *phase de début*. A cette période : symptômes à peine marqués, très légère modification de l'état général sans importance puisque la malade était déjà une infectée, mais surtout apparition de signes locaux légers mais nets à l'examen de l'étage sous-ombilical : respiration moins ample, léger météorisme accompagné d'une défense minime et un peu douloureuse.

Ces signes physiques sont d'interprétation d'autant plus délicate qu'il s'agit, comme dans les cas de péritonite post-partum, de parois flasques et relâchées.

C'est l'étude de l'évolution suivie par une observation rigoureuse d'heure en heure, qui est indispensable, absolument comme dans les cas de contusion abdominale par exemple.

L'apparition de vomissements répétés, extrêmement rare dans les suites de couches normales, ne peut que confirmer l'hypothèse de péritonite puerpérale (Mondor).

Citons également cette phrase de Chomé dans les Leçons de la Clinique Tarnier, 1928, p. 117 :

« Je crois qu'il existe, dans un grand nombre de cas, un symptôme permettant un diagnostic dans les toutes premières phases de la péritonite : « C'est la « douleur vive au niveau de l'utérus. »

II. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Il est délicat ; on peut, en effet :

1° Croire à une péritonite diffusante qui n'existe pas ;

2° Laisser passer une péritonite.

1° *Croire à une péritonite diffusante qui n'existe pas*

a) Péritonisme des accouchées : sur lequel Metzger a tout particulièrement attiré l'attention.

Il relève de l'aérophagie et d'un certain degré de parésie intestinale (Jeannin).

Dans les cas douteux, si des symptômes d'infection viennent se surajouter, si le poulx semble présenter une discordance tant soit peu marquée avec la température, « la boutonnière abdominale est le seul moyen de diagnostic » (Suzor).

b) Réaction péritonéale légère au cours d'une septicémie : en cas de doute, il vaut mieux conclure en sens positif.

c) Pelvi-péritonites : distinction subtile, très délicate.

Mais les pelvi-péritonites sont d'apparition plus tardive. Les symptômes de début sont cependant les mêmes et encore là ce n'est que l'observation d'heure en heure qui fera établir le diagnostic précisant la localisation de la lésion ou l'extension de la localisation péritonéale.

2° *Laisser passer une péritonite*

On pense au météorisme des accouchées, à une pelvi-péritonite commençante. D'autant plus que la symptomatologie classique fait débiter de même par un grand frisson les deux affections : septicémie et péritonite puerpérale. Là encore c'est une affaire de tact et de sens clinique (Jeannin).

III. — DIAGNOSTIC DE PÉRITONITE PUERPÉRALE

C'est bien une péritonite au cours de la puerpéralité ; il faut maintenant remonter à sa cause. Pour cela, nécessité :

a) De l'interrogatoire, qui va révéler des antécédents : c'est-à-dire des crises d'appendicite, de cholécystite, des douleurs salpingiennes, des accidents de torsion de kyste de l'ovaire, un fibrome diagnostiqué et maintenant en voie de sphacèle. Possibilité également de retrouver un passé gastrique.

b) De l'examen clinique : qui attire l'attention et révèle des symptômes précieux : tels qu'une douleur

appendiculaire ou vésiculaire, la présence d'une masse salpingienne révélée par le toucher.

En somme il faut penser à toutes les causes de péritonite aiguë et ce n'est qu'après leur élimination progressive que l'on est en droit de penser à une péritonite puerpérale. Ce diagnostic est important car il comporte une sanction thérapeutique qui, pour être une opération d'urgence, comporte des indications opératoires tout à fait différentes.

IV. — DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

On différenciera les réactions péritonéales qui suivent les traumatismes utérins, obstétricaux (rupture interne, déchirure d'un cul-de-sac) ou abortifs (perforation). Là encore ce sont des questions d'anamnestiques, d'examen, mais dans ces cas l'importance du diagnostic est bien moindre, car ils comportent la même sanction thérapeutique.

IV. — Pronostic

Le pronostic est absolument différent selon que la malade est traitée d'urgence ou trop tard.

Pour un diagnostic précoce commandant une intervention d'urgence le pronostic est encore favorable. Si le diagnostic est tardif, le pronostic est fatal.

— D'après Fehling (1903) la mortalité s'élevait à 85 %.

— En 1906, Jeannin a relevé 121 cas de péritonite puerpérale dans la littérature médicale et 60 guérisons, soit 49,5 %.

— Plus récemment, Parache trouve :

54 % de guérisons quand on opère dans les 24 heures.

42 % de guérisons quand on opère dans les 48 premières heures.

31 % de guérisons quand on opère le 3^e jour après le début clinique des accidents péritonéaux. Statistique particulièrement heureuse, mais qui montre l'importance de l'intervention précoce (Bar et Brindeau).

— Le pronostic est différent dans les péritonites post-partum et dans les péritonites post-abortum.

Les statistiques qui précèdent comprennent en même temps les formes consécutives à l'avortement et celles survenant dans les suites de couches. D'après Francesco, ces dernières ne guérissent que dans la proportion de 10,5 %, alors que les péritonites post-abortum comportent 24 % de guérisons.

— Enfin il est certaines formes qui, malgré l'intervention très précoce, une thérapeutique absolument parfaite, sont au-dessus des ressources de la chirurgie : ce sont les *formes septicémiques généralisées d'emblée*.

Au point de vue de la conduite à tenir dans ces cas, nous partageons l'opinion de nos Maîtres, MM. les Professeurs Voron et Tixier, pour qui l'intervention chirurgicale est inutile. Le Congrès des Gynéco-

logues de 1921 a été presque unanime à suivre MM. Brindeau et Metzger, adversaires déclarés de l'intervention en pareil cas.

Cependant il faut savoir se rappeler que le diagnostic de péritonite généralisée est parfois porté alors que la péritonite ne l'est pas.

« Une laparotomie simple n'aggrave pas le pronostic même chez des malades profondément infectés. » (Chomé, Leçons Clinique Tarnier, 1928, p. 118).

TRAITEMENT

CHAPITRE PREMIER

Historique

L'histoire du traitement de la péritonite puerpérale à travers le temps est particulièrement intéressante, mais elle ne lui appartient pas en propre. Le péritoine a une façon commune de réagir quelle que soit la cause de l'infection. Le principe du traitement est le même quelle que soit la péritonite. Aussi les communications, les travaux anciens discutent, étudient les péritonites aiguës et à cette occasion des analogies d'étiologie, de symptomatologie, de traitement, rapprochent les péritonites puerpérales des autres et les font bénéficier des acquisitions nouvelles.

Par contre, à côté de ce fait heureux, il faut déplorer que la majorité des auteurs confondent le traitement de la péritonite puerpérale en particulier, avec celui de l'infection puerpérale en général. Il devient très difficile d'établir une démarcation satisfaisante.

Les constatations anatomo-pathologiques avaient

été faites depuis longtemps comme nous l'avons déjà signalé au cours de notre rappel étiologique.

« Le vieil axiome : *ubi pus ibi evacua*, avait tout d'abord frappé l'esprit des auteurs les plus anciens étudiant les péritonites et dans ce but Paul d'Egine avait déjà connu et pratiqué la *colpotomie*. »

Guillemeau, en 1643, dans son traité d'accouchements, conseille d'intervenir par le vagin.

Récamier, en 1841, inspire un travail à Bourdon sur la colpotomie pour vider les collections abdominales.

Chanel, suivi en cela par Hervieux, Guérin et Féréol, conseilla un retour en arrière en faveur d'un procédé aveugle : la ponction abdominale.

Mais sans conteste la colpotomie est le premier essai de traitement de la péritonite puerpérale.

En 1861, de Laplagne fait une *laparotomie* avec Netter ; dès 1875 les chirurgiens se font plus franchement interventionnistes, ils abandonnent la chirurgie aveugle que personnifiait la colpotomie ; ils laparotomisent.

Truc passe sa thèse d'agrégation en 1886, il y montre qu'il faut être interventionniste.

En 1886 Bouilly disait : « Si l'on considère que nous assistions jusqu'ici, en spectateurs impuissants, au drame dont la mort était toujours le dénouement, ne peut-on se flatter qu'avoir osé agir est déjà un progrès. »

En 1888 Rossembourg fait des *hysterectomies vaginales* pour des rétentions placentaires.

La même année Lawson Tait rapporte un cas de

péritonite généralisée guérie par la laparotomie et le drainage, sur quatre cas qu'il a traités de cette façon.

— Au Congrès français de Chirurgie de 1889, Bouilly met la question au point par son rapport sur le traitement chirurgical de la péritonite : il nous y relate six cas de péritonites généralisées, opérées avec deux guérisons et quatre morts. Il fait une petite laparotomie sous-ombilicale, lave, draine, et dit que, dans les cas de péritonites puerpérales, tout est permis puisque la mort est fatale.

— En 1894, tant en France qu'en Amérique, on relate des succès opératoires. Dans une statistique, *Tarnier sur quatorze interventions rapporte six guérisons*. Et il dit : « Je suis très frappé des succès opératoires qui ont été obtenus jusqu'ici, aussi je n'hésite pas à déclarer que vous serez autorisés à pratiquer la laparotomie chez les femmes atteintes de péritonites puerpérales. »

— De 1897 à 1899 la Société de Chirurgie de Paris discute le traitement des péritonites. Forgue montre combien mieux vaut intervenir.

— En 1901 Budin et Brindeau rapportent huit succès.

Mais le plus souvent les auteurs parlent d'intervention au cours de l'infection puerpérale, sans envisager uniquement le traitement de la péritonite post-partum ou post-abortionum. C'est ainsi que Bocquel, d'Angers, préconise la laparotomie, alors qu'en 1901 Benoist, inspiré des idées de Mauclair, conclut à l'hystérectomie au cours de l'infection puerpérale.

— En 1903, au Congrès international de Madrid, Pinard seul demande l'intervention chirurgicale.

— La thèse de Monchotte, en 1903, tire des conclusions de tout ce qui a été dit sur l'hystérectomie dans l'infection puerpérale.

— Lepage, en 1905, différencie enfin les cas post-abortionum et post-partum et fait connaître par Doléris les excellents résultats qu'il a obtenus.

— Jeannin, dans l'*Obstétrique*, réunit à peu près tout ce qui a été dit sur les péritonites puerpérales dans un article très documenté.

La thèse de son élève Masure préconise le drainage abdomino-vaginal.

— Brindeau et Chirie rapportent un cas d'hystérectomie vaginale et de guérison.

— En 1911, dans la thèse de Adde, Leriche rapporte deux observations personnelles d'hystérectomie vaginale dont une pour péritonite.

— En 1912, thèse d'Arnaud sur le traitement des péritonites diffuses.

Très souvent, et nous en avons souligné la cause, les discussions portent sur le traitement des péritonites aiguës en général ou de l'Infection puerpérale en particulier.

Avec la thèse de Naz, inspirée par M. Pollosson et Plauchu, en 1913, *les données modernes* du traitement des péritonites puerpérales sont enfin précisées. Mais cette étude n'établit aucune distinction entre les péritonites du post-partum et celles du post-abortionum.

Les traités classiques de Bar et Brindeau, de Fabre,

les ouvrages didactiques de Lecène et Leriche, de J.-L. Faure, les communications de MM. Jeannin, Voron, Villard, Keller, Chome, Couvelaire, Trillat, Devraigne, Metzger, etc., discutent de l'importante question du traitement de la péritonite puerpérale soit dans les suites de couches soit lorsqu'elle se déclare après des manœuvres abortives.

De même les travaux des Congrès de 1921 (Madrid), de 1923 (Strasbourg), la thèse de Robin (Paris, 1926 : Hyst. dans l'I. P.), plus récemment enfin l'important travail de Suzor (Paris, 1928 : les P. généralisées des suites de couches), mettent au point certains aspects du problème.

Mais en définitive l'opinion actuelle qui se dégage sur le traitement des péritonites puerpérales est très imprécise. L'accord n'est pas fait. Chirurgiens et accoucheurs soutiennent même parfois des directives thérapeutiques totalement opposées.

Nous allons essayer d'établir un tableau rapide qui nous permette une vue d'ensemble de ces conceptions modernes tirées des ouvrages classiques, des communications et des thèses que nous avons cités au cours de notre rappel historique.

1° LES ABSTENTIONNISTES : Ils citent souvent à l'appui de leur opinion le passage de Lecène, dans le Traité de thérapeutique chirurgicale de Lecène et Leriche, p. 557 :

« Je ne parle pas des péritonites diffuses post-abortum ou post-partum à évolution très rapide : elles sont on peut dire à évolution toujours mortelle,

dues à une infection massive (voie lymphatique probablement), du péritoine (streptocoque seul ou associé aux anaérobies). Elles peuvent évoluer en deux ou trois jours avec le tableau classique de la péritonite diffuse aiguë : vomissements incessants, porracés, puis noirâtres, facies hippocratique, ventre ballonné et très douloureux partout. Jamais je n'ai vu l'incision abdominale ou la colpotomie faire quoi que ce soit d'utile dans ces cas : au contraire le traitement médical par la glace et le repos absolu et l'opium, m'a permis de voir guérir, contre toute attente, plusieurs malades que j'avais considérées comme perdues (pouls à 140, vomissements noirs, météorisme énorme). Comme dans ces cas nous ne pouvons raisonnablement nous attaquer à la cause de la péritonite (il faudrait faire une hystérectomie totale, qu'aucune de ces malades ne pourrait supporter), le simple drainage du péritoine largement infecté me paraît illusoire, aussi je pense qu'il vaut mieux s'abstenir. »

2° LES PARTISANS DU DRAINAGE SIMPLE : abdominal ou vaginal ou mieux abdominal-vaginal :

— *Tissier, Cadenat, Potvin, J.-L. Faure* lui-même, montrent que « l'hystérectomie est une opération trop traumatisante chez les péritonitiques ».

— *M. Pollosson et Plauchu* concluent dans la thèse de Naz que « le traitement chirurgical sera réduit au minimum », ils préconisent « la laparotomie et le drainage abdominal comme opération de choix ; l'hystérectomie n'est indiquée que s'il y a des perfo-

ractions utérines, si l'utérus est réduit à l'état d'éponge purulente, atteint de gangrène, s'il est rupturé ».

— Les communications à la Société d'Obstétrique et Gynécologie de MM. Voron et Pigeaud, Villard, H. Molin, Trillat et Reboud, celles d'Estienny, Andérodias, Houel et Ezès, etc., font connaître des cas de guérison inespérés obtenus par drainage simple, abdominal ou abdomino-vaginal.

3° LES PARTISANS DE L'HYSTÉRECTOMIE : Ils préconisent l'emploi de cette intervention :

a) Soit comme procédé de drainage :

« Dans la première phase où les symptômes remontent à quelques heures tout au plus, 24 ou 36 heures, nous trouvons l'infection péritonéale se localisant autour des organes génitaux, les parties supérieures de la cavité abdominale n'étant pas encore atteintes il est de notre devoir de créer par notre intervention des conditions aussi favorables que possible *pour l'évacuation de l'exsudat purulent...* ; pour la péritonite puerpérale cela n'est faisable que par la suppression de l'utérus et des annexes pour éviter la stagnation du pus dans les excavations anté et rétro-utérines. »

C'est l'opinion de Keller de Strasbourg, in *Obst. et Gyn.*, mars 1929.

b) Soit pour enlever la cause de la péritonite :

« Il y a là une loi de chirurgie générale et on ne voit pas bien pourquoi cette règle souffrirait une exception en matière d'obstétrique. » « *Dès qu'il y a soupçon de péritonite la laparotomie s'impose. Quelle*

que soit la forme de péritonite constatée, l'hystérectomie sera pratiquée et suivie de drainage. » En cas de lésions de la sphère génitale, cette opération est logique et parfois heureuse dans ses résultats ; on ne la fait en cas de « septicémie péritonéale » qu'en désespoir de cause et dans l'incertitude d'un ferme diagnostic de variété. »

Telles sont les conclusions de la thèse de Suzor inspirée par M. le Professeur Jeannin.

4° LES ÉCLECTIQUES : Ceux-ci admettent la nécessité d'un traitement chirurgical, mais ils préconisent :

a) Soit le drainage simple : qui pour la plupart d'entre eux ne doit s'adresser qu'à des formes très sérieuses pour lesquelles une hystérectomie serait fatale.

b) Soit l'hystérectomie : « Si on arrive tout au début avant que tout soit pris, supprimant le foyer initial d'infection et *seul drainage efficace.* »

C'est l'opinion de Bar et Brindeau dans leur *Traité pratique de l'Art des Accouchements*. Chomé soutient encore cette théorie dans les *Leçons de la Clinique Tarnier*, 1928, p. 118.

Telles sont les opinions modernes. Nous venons de les passer en revue et elles nous paraissent évidemment fort contradictoires. Au milieu de ces divergences notre tâche va être de montrer comment, en accord avec l'opinion de nos Maîtres lyonnais, nous comprenons cette question si débattue du traitement des péritonites puerpérales aiguës diffusantes.

CHAPITRE II

Traitement médical

Toute péritonite puerpérale doit être traitée chirurgicalement, au plus tôt puisque c'est la seule chance de salut pour la malade. Comme le disent Lecène et Leriche, cités par Suzor dans sa thèse : « Il n'y a pas de traitement médical de la péritonite aiguë diffuse ; cette phrase qui fut prononcée à propos de l'appendicite par Dieulafoy il y a vingt-cinq ans, est absolument vraie et il est étonnant qu'elle ait été, en somme, si peu comprise par les médecins. »

Mais le traitement médical impuissant à lui seul sera d'un immense secours en venant renforcer, aider le traitement chirurgical. Il remontera l'état général de la malade, stimulera les défenses naturelles de son organisme.

1° MÉDICATION TONIQUE. — On utilisera les injections sous-cutanées, les uns ou les autres des médicaments suivants : caféine, éther, huile camphrée, sulfate de spartéine, adrénaline, etc..., le sérum iso ou hypertonique, les inhalations d'oxygène.

2° STIMULANTS DES DÉFENSES NATURELLES DE L'ORGANISME. — Certains auteurs ont même préconisé une véritable *prophylaxie de la péritonite* en ce sens qu'ils ont voulu agir sur l'endométrite commençante dès que l'évolution du post-partum devenait anormale, dès que les lochies deviennent plus abondantes et surtout plus fétides, tandis que l'utérus s'arrête dans son involution normale et que la température s'élève.

Plusieurs auteurs préconisent l'emploi de bouillons-vaccins en pansements utérins, sur mèche laissée en place quelques heures puis remplacée par une autre (Besredka, Heitz, Bouchaud, Ravina, Vaudescal, etc.). Brindeau et Devraigue emploient couramment la *bouillie lactique*.

« Lévy-Solal et Louvel préconisent, à titre préventif et même curatif, la *pelvi-vaccinothérapie* par injection directe de vaccin dans le tissu musculaire du col utérin. »

On agit plus couramment en luttant contre l'infection grandissante par la *vaccinothérapie et la sérothérapie antistreptococciques*.

On peut, dès le début de l'endométrite, lorsqu'il s'agit de suites de couches, préparer un auto-vaccin en ensemençant des lochies (Potocki et Fisch).

Dans les formes avec septicémie associée on emploie : l'électragol, le collargol intra-veineux et la sérothérapie massive.

3° L'ABCÈS DE FIXATION. — Suivant la technique de Fochier, agit soit comme stimulant de la leucocytose,

soit comme antiseptique, grâce aux propriétés oronissantes de l'essence de térébenthine. S'il réussit c'est un bon moyen de traitement (Voron, Devraigue et Metzger, Fabre), mais il doit surtout être considéré à part à cause de sa valeur pronostique réelle.

4° LES APPLICATIONS DE GLACE. — Sont surtout utiles tout au début sans aller jusqu'à qualifier, comme Metzger, la thérapeutique par la glace « d'hystérectomie physiologique ».

Citons enfin, pour terminer, l'énumération des procédés propres à être utilisés comme médication adjuvante les petites transfusions de sang immunisé.

CHAPITRE III

Traitement chirurgical

Considérations générales

Il est actuellement un principe directeur de tout le traitement des péritonites : « Il faut traiter la cause » (ablation de l'appendice, de la vésicule, etc.).

Cette notion primordiale qui a complètement changé le pronostic des péritonites aiguës doit-elle être appliquée aux péritonites puerpérales ? C'est là en somme tout le problème de la thérapeutique chirurgicale des péritonites puerpérales aiguës diffusantes et, comme nous l'avons déjà vu au cours de l'anatomie pathologique et de la pathogénie, s'il est vrai que l'infection de la séreuse a le plus souvent un point de départ génital, il est de nombreux cas où ce fait peut sembler secondaire ; les lésions de l'utérus ou des annexes ne légitimant pas leur ablation systématique.

Notre étude du traitement chirurgical des péritonites puerpérales aiguës diffusantes se subdivisera ainsi :

I. — ETUDE DES PROCÉDES.

- A) Enumération et technique des procédés ;
- B) Leur valeur pratique, c'est-à-dire discussion des avantages et des inconvénients de chacun d'eux.

II. — RESULTATS.

III. — CHOIX DU PROCÉDE : qui découlera logiquement des indications thérapeutiques.

IV. — INDICATIONS CLINIQUES.

I. — ETUDE DES PROCÉDES

A. — ENUMÉRATION ET TECHNIQUE DES PROCÉDÉS

Ils peuvent être divisés en deux grandes classes :

- 1° Drainage simple sans hystérectomie ;
- 2° Drainage avec exérèse, c'est-à-dire hystérectomie.

Ces deux modes opératoires s'opposent.

1. — *Drainage simple*

Il peut se faire selon trois modes :

- a) Par voie abdominale pure ;
- b) Par voie vaginale pure ;
- c) Par voie mixte abdomino-vaginale.

a) DRAINAGE ABDOMINAL PUR. — Celui-ci sera réalisé par la mise en place d'un Mickulicz rétro-utérin isolant l'appareil génital du reste du grand ventre, tel

qu'on le pratique en chirurgie gynécologique. Au point de vue technique, il est à signaler :

1° Petite laparotomie sus-pubienne médiane : Il n'est pas nécessaire et même il est contre-indiqué d'avoir recours à la grande laparotomie ombilico-pubienne habituelle. Ceci pour éviter surtout un brassage intestinal et une diffusion plus grande de la péritonite.

2° La position de Trendelenburg est contre-indiquée : Il n'y a pas lieu de refouler vers le diaphragme les anses qui ont été au contact du pelvis, cette manœuvre ne pourrait qu'aider à la diffusion de la péritonite.

3° Sitôt le péritoine ouvert s'écoule en général une sérosité louche, il y a lieu de l'évacuer rapidement à l'*aspirateur de Villard* qui sera plongé muni de sa cloche jusqu'au fond du Douglas. Aspiration rapide. L'*aspirateur* sera manié prudemment, il est inutile et même dangereux de vouloir assécher la grande cavité péritonéale en tous sens. Les manœuvres doivent se cantonner au pelvis.

4° *Exploration rapide mais prudente des organes génitaux* : Utérus et annexes pour apprécier les lésions possibles et ne pas laisser passer inaperçue une rupture de pyosalpinx par exemple.

5° Mise en place d'un *Mickulicz rétro-utérin* en ayant soin de dégager du fond du Douglas le sigmoïde et les anses grêles qui peuvent s'y trouver. Il comportera : un sac, une mèche rétro-utérine médiane, deux mèches latérales, un gros drain à l'intérieur du sac, un drain au besoin entouré d'une mèche

dans l'espace vésico-utérin où se cantonnent fréquemment des abcès (H. Molin). Enfin en cas d'épanchement purulent abondant ayant déjà gagné le grand ventre, des drains situés au-dessus du Mickulicz et plongeant dans les gouttières lombaires peuvent avoir leur utilité. La paroi sera refermée lâchement, en général par un seul plan aux fils métalliques.

6° Toutes ces manœuvres auront été faites sous *anesthésie* générale légère : Kélène ou Schleicht, au besoin même on peut faire toutes ces manœuvres à l'anesthésie locale. La rachi-anesthésie est formellement contre-indiquée.

b) DRAINAGE VAGINAL PUR PAR COLPOTOMIE. — Manœuvre assez simple méritant une anesthésie superficielle. Technique tout de même plus délicate que lorsqu'on fait une colpotomie pour abcès pelvien, car le Douglas n'est pas distendu par une collection. Il faudra la faire méthodiquement plan par plan et suffisamment large pour pouvoir établir un bon drainage : en général deux drains entourés de gaze.

c) DRAINAGE ABDOMINO-VAGINAL. — Il comporte une laparotomie sus-pubienne médiane par le procédé indiqué ci-dessus, mais avant la mise en place du Mickulicz l'on procède à une colpotomie postérieure par laquelle on attirera un gros drain introduit par l'orifice de laparotomie et derrière lequel se disposera le Mickulicz selon le mode habituel.

2. — *Drainage avec exérèse des lésions*

Cette exérèse est réalisée par l'hystérectomie qui peut être conduite :

- soit par voie vaginale ;
- soit par voie abdominale.

a) **HYSTÉRECTOMIE VAGINALE.** — Nous n'avons pas à en décrire la technique qui est bien classique. Signalons que sa réalisation peut être, dans certains cas, simple, aisée rapide (surtout dans les péritonites du post-abortum), mais que, par contre, trop fréquemment la friabilité des tissus, l'énorme vascularisation, le volume de l'utérus rendent la technique aveugle et peu sûre. Comme le signale J.-L. Faure (Leçons Clinique Tarnier, 1930), il faut alors abandonner cette voie, « retourner la malade et terminer l'opération par voie abdominale ».

b) **HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE.** — « On évitera de mettre la malade en Trendelenburg tant que le liquide ne sera pas évacué complètement. On devra opérer très rapidement, s'abstenir de toute exploration inutile, simplifier le plus possible les manœuvres opératoires et éviter également de laisser saigner la malade. La laparotomie faite, le liquide évacué, il faut inspecter l'utérus et les annexes. On remarque parfois une infiltration considérable des ligaments larges et du tissu cellulaire sous-péritonéal en rapport avec les faces utérines. Il faut alors, avant d'in-

ciser les feuilles péritonéaux, bien garnir le champ opératoire et lorsqu'ils sont incisés, décoller aussi peu que possible vers le bas : en un mot faire une hystérectomie subtotale haute... Dans les cas où il n'y a pas d'infiltration sous-séreuse, on pratiquera une hystérectomie aussi totale que possible. L'utérus enlevé il ne faut pas faire de péritonisation, car celle-ci est difficile, du fait de l'œdème inflammatoire, elle est longue à réaliser et ne tiendrait pas dans ces tissus infectés... On placera ensuite dans le cul-de-sac de Douglas un sac de Mickulicz. » (Suzor).

De plus certains auteurs (Keller) estiment que dans l'hystérectomie subtotale le drainage est insuffisant et qu'il y a lieu, dans ces cas, de faire une hystérectomie totale. Voici ce que dit Keller à ce propos : « Il faut considérer la cavité abdomino-pelvienne comme étant un entonnoir dont l'ouverture vers le bas doit rester largement béante, ceci n'est réalisable que lorsqu'on ne se contente pas seulement de l'extirpation subtotale en drainant par le canal cervical, comme on l'a proposé, mais en enlevant aussi le col complètement, de sorte que le vagin sectionné donne cette ouverture largement béante que nous cherchons. »

Mais cette hystérectomie totale est de réalisation plus délicate. Le temps difficile « c'est la désinsertion du vagin sur le col devenu mou et de ce fait difficilement repérable. Suivant la comparaison de A. Pollosson, vagin et col utérin se continuent et ne donnent plus l'impression du prépuce recouvrant le gland » (Thèse de Naz).

B. — VALEUR PRATIQUE ET DISCUSSION DE CHAQUE PROCÉDÉ

L'étude anatomo-pathologique et l'évolution clinique des péritonites puerpérales telles que nous les avons définies, nous ont montré en somme qu'il s'agissait dans la très grande majorité des cas d'une péritonite diffusante à point de départ pelvien mais ne relevant pas de lésions organiques très caractérisées de l'appareil génital. En sorte qu'il était impossible de comparer les péritonites puerpérales à une péritonite d'origine appendiculaire par exemple. La cause de l'infection péritonéale n'étant pas localisée exclusivement comme dans l'appendicite à un organe dont l'exérèse aboutit à la suppression des lésions.

1° Quelle est l'indication thérapeutique à remplir par l'acte opératoire ?

Théoriquement celle-ci est double :

- a) Arrêter la diffusion de la péritonite ;
- b) Supprimer la cause de cette péritonite.

a) Le traitement de la péritonite diffusante : Sera le point capital, primordial, de toute la thérapeutique. *C'est un cas d'extrême urgence*, devant lequel toutes les autres discussions thérapeutiques doivent céder.

Selon le mot de M. le Professeur Villard : « Dans un incendie, on ne va pas d'abord rechercher le court-circuit, mais on lutte avant tout contre l'extension du feu, on organise la barrière du feu. »

C'est pourquoi nous avons insisté pour la préco-

cité du diagnostic sur l'observation rigoureuse de la malade, d'heure en heure, par le chirurgien. Cette progression de la péritonite prise à son stade de diffusion pourra être enrayée d'une part par un drainage efficace et d'autre part par l'isolement du petit bassin obtenu grâce au cloisonnement par un large Mickulicz.

Cloisonnement et drainage réalisent donc de façon efficace et avec le moindre risque, la première médication thérapeutique.

b) Suppression de la cause : Nous avons déjà vu que l'analogie des péritonites puerpérales diffusantes avec une péritonite par rupture de pyosalpinx ou par appendicite était illusoire. Il est exceptionnel de trouver un foyer d'infection limité, les cas sont rares où on trouve un utérus purulent abcédé et pour lesquels une exérèse s'imposerait.

La lésion organique de l'utérus et de ses annexes est souvent impossible à mettre en évidence.

Comme le dit M. le Professeur Villard : « *L'utérus n'est rien, la péritonite est tout et c'est elle seule qu'il faut traiter.* »

Et d'ailleurs l'observation clinique montre surtout dans des *péritonites post-abortionum*, que des malades sont parfaitement guéries en conservant leur utérus et leurs annexes après simple laparotomie et drainage à la Mickulicz.

Par ailleurs dans certaines observations rapportées par la thèse de Suzor sur les *péritonites puerpérales généralisées des suites de couches*, l'examen des pié-

ces opératoires n'a pas montré de lésions utérines ou annexielles, il s'agissait de lymphangite sous-péritonéale.

Discussion de chaque procédé opératoire.

Avantages, Inconvénients

Autrement dit c'est la critique de chacun des modes opératoires que nous nous proposons d'exposer maintenant. Nous mettrons en relief la façon dont chacun d'eux remplit l'indication thérapeutique que nous venons de préciser.

1. — *Drainage abdominal et cloisonnement à la Hickulier*

A. — AVANTAGES DU PROCÉDÉ

a) *Efficacité du drainage.* — Grâce à la pression abdominale, grâce à la position de Fowler que l'on donne à la malade et même en utilisant l'aspiration mécanique que l'on peut pratiquer par le drain, l'écoulement des sécrétions séreuses et purulentes se trouve arrêté. Elles sont drainées tant de la cavité pelvienne pré et rétro-utérine que du grand ventre (drain situé au-dessus du Mickulicz).

Même dans les formes suraiguës où on ne trouve que peu de liquide, il est important d'établir un bon

drainage, car si les malades survivent il est fréquent d'observer à partir du 4^e ou du 5^e jour une sécrétion purulente très abondante qu'il faut savoir prévoir.

Nous insistons à nouveau sur l'efficacité du drainage du cul-de-sac anté-utérin (H. Molin) qui, s'il est négligé, peut donner lieu ultérieurement à une collection suppurée en ce point.

β) *Efficacité du cloisonnement.* — Celui-ci, lorsqu'il est établi suivant les règles du Mickulicz large tel que nous l'avons décrit, isole complètement le petit bassin de la grande cavité péritonéale. Les mèches disposées latéralement, à l'intérieur du sac, devront obturer complètement les gouttières latérales, car c'est la voie qu'utilise d'habitude le processus inflammatoire pour fuser vers le grand ventre. De plus l'anse sigmoïde étant rabattue sur le Mickulicz renforce cette barrière qui protège les anses intestinales sus-jacentes. La réalité de ce cloisonnement est démontrée par ce fait que des accidents infectieux graves peuvent se développer dans le pelvis au-dessous du barrage sans participation aucune du grand ventre. C'est le tableau clinique bien connu des chirurgiens, de drainage à la Mickulicz donnant issue à d'abondantes suppurations pelviennes alors que l'abdomen reste parfaitement souple et indolore, complètement isolé, à l'abri de toute diffusion, à moins de manœuvres intempestives (ablation trop précoce des mèches ou du sac).

Et d'ailleurs M. le Professeur J.-L. Faure, qui a réintroduit l'usage du Mickulicz en gynécologie, en-

seigne que celui-ci a complètement modifié le pronostic des infections pelviennes.

γ *Innocuité*. — C'est une intervention peu choquante, rapide, ne nécessitant qu'une anesthésie superficielle, au besoin locale, n'occasionnant pas des manœuvres intra-abdominales importantes qui diffuseraient le processus, n'aggravant pas sensiblement le pronostic même chez des malades profondément infectées (Chomé). Il ne peut en résulter un choc opératoire aggravant à moins qu'il ne s'agisse d'une malade « in extremis ».

Elle permet surtout également une *exploration satisfaisante des lésions possibles* de l'appareil génital qui ne pourrait être aussi bien faite au cours d'une intervention par voie basse.

B. — INCONVÉNIENTS DU PROCÉDÉ

On a pu faire certains reproches au drainage par voie abdominale au moyen d'un Mickulicz et entre autres :

a) Celui de *laisser en place la lésion* et de ne pas être un traitement causal de la péritonite. Nous avons déjà vu à maintes reprises que cette théorie est très discutable et pour nous, avec M. Pollosson, Villard, J.-L. Faure, nous croyons que cette objection est vaine.

Nous croyons y être revenu assez souvent pour ne pas insister davantage.

b) *Celui d'être insuffisant* : En effet, il ne réalise pas de drainage au point déclive, lui reprochent les

partisans de la voie vaginale. En réalité, par la pression abdominale positive, par l'aspiration mécanique, par la position de Fowler, le drainage réalisé est très efficace et surtout : le drain plongeant au fond du Douglas va chercher le pus au point déclive.

On a reproché également au Mickulicz de ne pas réaliser une exclusion complète des lésions causales. Evidemment c'est une exclusion imparfaite non pas tant du côté de la séreuse péritonéale qui est bien protégée que du côté de la diffusion par voie sanguine et lymphatique. Mais l'hystérectomie réalise-t-elle mieux cette exclusion ? Nous croyons au contraire que cette opération peut déterminer une diffusion plus grande par le traumatisme, par l'ouverture des espaces cellulaires. Au contraire le Mickulicz est susceptible d'arrêter la diffusion de l'infection en réalisant un véritable cloisonnement étanche du petit bassin.

OBSERVATION IV

(Service de M. le D^r MOLIN)

Mme S..., 28 ans. Enceinte de 4 mois. *Manœuvres abortives.*

Fausse-couche le 10 août 1926. On l'amène dans le service le 12 août.

La malade se plaint de douleurs abdominales violentes. Celles-ci se sont généralisées progressivement à l'abdomen, mais elles conservent leur maximum d'intensité au niveau du pelvis.

En même temps, vomissements porracés. Respiration difficile. Le pouls bat à 110, il est bien frappé. Température à 39°2.

Localement : Ventre d'une dureté ligneuse, mais léger ballonnement épigastrique. Respiration abdominale abolie. La palpation exacerbe la douleur, celle-ci est particulièrement accusée dans la région hypogastrique.

Intervention : On décide d'intervenir d'urgence. A G très légère au Schleich.

Laparotomie sous-ombilicale médiane : Dès l'ouverture du péritoine il s'échappe en abondance un liquide séro-grumeleux, verdâtre, très fétide, puis du pus. Utérus gros, mou, les trompes laissent sourdre du pus par le pavillon. Mise en place d'un drainage à la *Mickulicz* : sac rétro-utérin avec 2 mèches et un gros drain plongeant dans le cul-de-sac de Douglas. Drain entouré d'une mèche dans l'espace vésico-utérin. Fermeture en un plan aux fils de bronze.

Suites opératoires : *Simple*s. La malade sort GUÉRIE le 18 septembre.

OBSERVATION V (Service de M. le D^r MOLIN)

Mme Ch..., 24 ans. Réglée à 14 ans. Trois grossesses normales, le dernier accouchement datant de janvier 1929.

Dernières règles le 17 août.

Manœuvres abortives le 24 novembre. Pertes rouges le 26 : expulsion d'un fœtus suivie d'un fragment de délivrance. Température à 38° le matin, à 40°2 le soir.

Le 29 novembre, température à 40°5, la malade se décide à entrer à l'hôpital le 30.

A l'examen : Température à l'entrée, 40°4. Pouls à 110. Sueurs abondantes, facies angoissé. Nausées. Ventre uniformément douloureux, ballonné. La palpation décèle un maximum de douleurs à gauche.

Toucher : Culs-de-sac douloureux, col mou, entrouvert, le fond utérin semble être perceptible à quatre travers de doigt au-dessus du pubis.

Le 1^{er} décembre : Malade dans un état très grave. Pouls à 90. Température à 40°5. L'abdomen augmente de volume.

Intervention d'urgence : A. G. légère au Schleich. *Laparotomie sous-ombilicale médiane*. Dès l'ouverture du péritoine : flot de pus verdâtre, bien lié, très fétide. Utérus gros, mou. Drainage à la *Mickulicz* après aspiration rapide du liquide : un sac, 3 mèches, 2 gros drains.

Décès dans les heures qui suivent.

OBSERVATION VI

Service de M. le D^r MOLIN

Mme d'A..., 29 ans. Trois enfants bien portants. Dernières règles le 10 juin. Le 5 août, pertes rouges probablement consécutives à une *tentative d'avortement*. A la fin de la journée : violents frissons. Température à 39°5. En même temps fortes douleurs dans le bas-ventre, irradiées à la région lombaire. Le 6 août, malade amenée dans le service.

A l'examen : Hyperesthésie cutanée. Contracture généralisée à tout l'abdomen. Température à 38°. Pouls à 100. Malade pâle, shockée : on pense à une G.E.U. rompue. Toucher : vagin rempli de caillots, culs-de-sac douloureux, col entrouvert. Fond utérin non perçu en raison de la contracture de la paroi.

Intervention (D^r POLLOSSON) : A. G. légère au Schleich.

Laparotomie sous-ombilicale médiane. A l'ouverture du péritoine : anses grêles dilatées, baignant dans un liquide séro-purulent abondant, sans fausses membranes. Utérus gros, volume d'une grossesse de deux mois environ, mou, *marbré, couleur feuille morte*, ovaires paraissant normaux. Trompes turgescents : la muqueuse rouge, congestionnée fait issue par le pavillon. Elles sont gorgées de pus, on le fait sourdre à la pression. Aspiration. Mickulicz plongeant vers le Douglas, 3 mèches iodoformées, 1 drain. Fermeture en un plan.

Suites très simples. La malade sort GUÉRIE un mois après. Paroi bonne.

Revue deux mois après : Utérus médian en bonne position. Annexes non perçues. Culs-de-sac vaginaux souples. Douglas indolore.

OBSERVATION VII

(MM. VORON et PIGEAUD, Obst. et Gyn., Lyon 1928)

Mme F..., 27 ans. Entre à l'Infirmierie de la Clinique le 7 août 1928. Enceinte de trois mois, tentatives répétées d'*avortement*. A expulsé le matin même un fœtus macéré. Pertes rouges et fétides depuis 48 heures. Température oscillante entre 38°5 et 39°.

A l'examen : Utérus gros, douloureux. Col perméable au doigt. Pertes fétides. Ballonnement de tout l'abdomen. Pas de vomissements.

Curage : Ramène un placenta macéré. Injection aseptique. Vessie de glace.

Dans les quatre jours qui suivent, la température monte de façon continue. Le poulx s'accélère, ballonnement abdominal de plus en plus marqué. Vomissements

porracés 48 heures après le curage, très rapprochés dans la suite.

Intervention le 4^e jour après le curage (D' WERTHEIMER). *Laparotomie sous-ombilicale médiane* : A l'ouverture du péritoine, nappe de liquide louche qui baigne les anses intestinales distendues. L'aspiration ramène 400 cm³ de liquide. Mickulicz, gros drain plongeant dans le Douglas. Durée de l'intervention : six minutes.

Suites opératoires simples : 26 jours après la malade quitte le service.

Revue dans la suite, elle va très bien.

OBSERVATION VIII

(MM. TRILLAT et BELLY, Obst. et Gyn, 1930)

Mme X..., 22 ans, arrive dans le service le 30 septembre 1930. Enceinte de deux mois. Signes de péritonite diffuse. Etat général très grave. Douleurs abdominales. Ventre uniformément hypersensible. Pas d'émission de matières ou de gaz. Pâleur accentuée, nez pincé. Pouls à 130. Température à 39°.

Trois jours auparavant : Introduction dans l'utérus d'un crayon imbibé d'iode.

Dès l'entrée : *Laparotomie sous-ombilicale médiane* : issue d'une certaine quantité de liquide louche, séreux. Anses intestinales rouges non adhérentes ni a la paroi, ni entre elles. Exsudats blanchâtres en quelques points. Mickulicz : mèches et drains.

Suites excellentes.

OBSERVATION IX

(ANDÉRODIAS et MAUGÉ, Obst et Gyn., Bordeaux, 1930)

Mal..., 23 ans. Enceinte 1 mois environ, tentative d'avortement.

Au bout de 48 heures : Caillot, douleurs généralisées augmentant rapidement d'intensité. Repos au lit. Vomissements bilieux.

Le lendemain du début des accidents :

Examen : Abdomen très ballonné, défense musculaire généralisée. Palpation uniformément douloureuse. Hypersonorité. Diaphragme immobile, ni gaz, ni matières. Facies péritonéal. Pouls petit et rapide. Le toucher ne montre rien de particulier.

Intervention : Laparotomie sous-ombilicale médiane. A. G. : Ether. A l'ouverture de la cavité péritonéale, il s'écoule une assez grande quantité de liquide vert pas très épais, anses intestinales rouges et dilatées. Assèchement à l'aspirateur. Isolement de l'utérus et des annexes par un Mickulicz. Drain en arrière. Fermeture en un plan au fil d'argent.

Suites simples : Mèches enlevées les 4^e, 5^e et 6^e jours, le sac le 9^e jour. L'opérée se lève un mois après l'intervention. Utérus mobile, annexes indolores.

2. — *Drainage vaginal simple : Colpotomie*

A. — AVANTAGES

Les avantages résident principalement en sa simplicité opératoire, son innocuité absolue étant donné la rapidité de l'intervention et l'absence complète de

shock. Mais avant tout ce procédé réalise le drainage au point déclive de la cavité abdominale.

B. — INCONVÉNIENTS

A ces arguments en faveur de la colpotomie s'opposent de multiples inconvénients. L'efficacité de ce drainage est aléatoire, car s'il draine bien le Douglas, s'il est susceptible de drainer à la perfection un abcès localisé, il semble bien qu'on ne puisse pas lui demander de drainer aussi complètement un épanchement en voie de diffusion au grand ventre.

D'autre part, et c'est là le principal reproche, il ne permet pas d'établir un cloisonnement serré, l'isolement du petit bassin, il laisse diffuser la péritonite à streptocoques qui, comme nous l'avons vu au cours de l'anatomie pathologique, ne se cloisonne jamais spontanément. Enfin, l'exploration des lésions est aveugle et manque de précision.

Si donc la colpotomie semble le traitement de choix des affections localisées au petit bassin (pelvi-péritonites enkystées), il semble que c'est trop vouloir lui demander en l'employant dans le traitement des péritonites puerpérales diffusantes. Elle n'est pas susceptible de remplir les opérations thérapeutiques que nous avons énoncées.

A titre d'exemple nous citons 2 observations au cours desquelles une colpotomie dut être très rapidement complétée par une laparotomie.

OBSERVATION X

(ESTIENNY Obst. gyn. Toulouse 1931)

M^{me} X. Primipare, 23 ans. Accouchement normal, suites de couches physiologiques jusqu'au 6^e jour.

6^e jour : signes d'endométrie. Température 39°, lochies fétides, pas de frissons. Traitement médical habituel : glace, sulparsénol, sous-cutané.

12^e jour : Retour à la normale. Température axillaire : 37° 5. Pouls à 80.

16^e jour : Abdomen météorisé, vomissements, pas de gaz. Température à 38°, pouls aux environs de 100-110.

18^e jour : Apparition des premiers symptômes de cette péritonite subaiguë tardive. Température à 39, ventre distendu, douloureux, vomissements bilieux, pouls au-dessus de 140.

A 11 h. 30 *Intervention : Colpotomie* : pus brunâtre, très fétide, tendances syncopales.

A 16 heures, contre tout espoir : *Laparotomie sous-ombilicale médiane*, pus brunâtre, très fétide dans tout l'abdomen, anses grêles très dilatées, péritoine recouvert de fausses membranes : Utérus gros, spongieux, annexes augmentées de volume recouvertes de membranes grisâtres. *Large Mickulic* : l'état de la malade étant si bas que l'opérateur ne peut envisager l'hystérectomie : 5 mèches derrière l'utérus. L'intervention a duré 10 minutes. On a l'impression que tout délai supplémentaire aurait entraîné l'exitus. Dès le 3^e jour, suppuration abondante, pus verdâtre, crémeux, bien différent de celui trouvé à l'intervention. Mèches enlevées à partir du 6^e jour.

Guérison.

OBSERVATION XI

(JEANNIN, in th. Raymond obs. II)

Femme présentant des phénomènes pelvipéritonitiques à la suite de manœuvres abortives. Il y avait un plastron sus-pubien limité. Curettage, colpotomie, c'est à peine s'il s'écoule quelques gouttes de liquide, car une anse intestinale vient fermer la plaie à la manière d'un clapet. La malade fut mise immédiatement dans la position de Trendelenburg et l'opérateur pratiqua la laparotomie. Il y avait une péritonite généralisée. Jeannin concluait que la laparotomie ne donnait pas plus de shock que la colpotomie et était bien plus satisfaisante.

3. — *Drainage abdomino-vaginal*

Cette intervention associe un Mickulicz abdominal et un drainage par colpotomie.

a) Le procédé comporte tous les *avantages* du drainage abdominal en tant qu'efficacité du drainage et du cloisonnement réalisés et également le principal avantage du traitement par colpotomie, c'est-à-dire le drainage au point déclive. Se trouvent ainsi réalisés : d'une part l'isolement absolu du petit bassin, d'autre part l'assèchement parfait de toutes les loges péritonéales du pelvis.

b) Comme *inconvenients* on peut reprocher à ce procédé d'être un peu long, par conséquent un peu shockant et surtout de nécessiter des manœuvres mixtes abdominales et vaginales.

En conclusion, c'est une méthode excellente dont

les nombreux avantages la font retenir parfois même comme procédé de choix, malgré ses quelques inconvénients.

OBSERVATION XII

(TRILLAT et REBOUD, in obst. et gyn., 1928)

Malade enceinte de deux mois. *Tentatives d'avortement*. Douleurs dans le bas-ventre.

Arrivée à l'hôpital le 23 octobre 1928 : Facies péritonéal. Pas de vomissements. Température à 39° 5. Pouls à 150.

Abdomen douloureux, météorisé, matilé dans les flancs. On note enfin un œdème sus-pubien remontant à environ trois travers de doigt au-dessus du pubis.

Toucher vaginal : *Col entr'ouvert* non perméable. Douglas douloureux.

Le 24 octobre, intervention (D^r Molin). *Laparatomie sous-ombilicale médiane* : Il s'écoule d'abord une assez grande quantité de sérosité louche puis du pus franc. Prélèvement qui, dans la suite, montrera la présence du streptocoque en abondance. *Colpotomie* : Drainage abdomino-vaginal. Ablation du drain au 11^e jour.

très rapidement la température touche aux environs de 38, pour continuer à descendre dans les suites opératoires.

L'opérée sort guérie environ un mois après l'intervention.

4. — *Drainage avec hystérectomie*

AVANTAGES

α Cette technique seule réaliserait l'ablation des lésions et serait le *véritable traitement causal de la péritonite*.

En réalité comme nous l'avons vu déjà c'est une théorie très discutable et sauf dans les cas exceptionnels qui s'observent principalement dans les péritonites du post-partum lorsque la réaction péritonéale est due à de grosses lésions utérines ou annexielles, ce traitement causal est illusoire. Car cette opération radicale n'est radicale que de nom et dans les cas habituels de lympho-péritonite n'enlève que les lésions accessoires.

β Peut-être le meilleur argument en faveur de l'hystérectomie est celui que fait valoir entre autres partisans Keller, de Strasbourg. C'est l'avantage du *meilleur drainage* que réalise l'hystérectomie totale. Les partisans de cette intervention la font valoir depuis longtemps comme mode de traitement dans les infections pelviennes. Ils demandent « de faire sauter la bonde qui ferme la cavité pelvienne à son point déclive ». En réalité, un résultat presque aussi parfait est, comme nous l'avons vu, obtenu par le drainage abdomino-vaginal.

INCONVÉNIENTS

α Avant tout, c'est la *gravité certaine d'une opération shockante* chez des infectées en pleine réaction péritonéale. Elle nécessite en général une mise en position déclive, des manœuvres opératoires qui ne peuvent que diffuser l'infection, l'ouverture des espaces cellulaires du ligament large. Mentionnons également l'hémostase difficile de larges pédicules vasculaires, du fait de l'état de dilatation des veines d'un utérus post-partum. Tout concorde à assurer à cette technique une gravité particulièrement meurtrière.

Si bien que Lecène, dans l'impossibilité de réaliser une hystérectomie dans de bonnes conditions renonce même parfois à tout traitement chirurgical. L'hystérectomie ne peut amener que des désastres, le drainage est suffisant (Villard).

β *L'inefficacité de cette exérèse* est prouvée par les guérisons obtenues par simple drainage et aussi par l'absence de lésions constatées à l'examen des pièces opératoires.

Dans ces conditions, il ne nous semble pas nécessaire de discuter de l'opportunité entre l'hystérectomie vaginale ou abdominale. Chacun de ces deux procédés, présentant cependant ses avantages personnels, gravité moindre de l'hystérectomie vaginale, facilité et sécurité technique plus grande de l'hystérectomie abdominale. Chacun de ces modes opératoires compte ses partisans et a pu donner des succès. Mais on a confondu trop facilement dans les discussions le traite-

ment de l'infection puerpérale en général et celui des péritonites puerpérales aiguës diffusantes en particulier.

D'autre part, il semble bien qu'il faille distinguer de façon peut-être plus précise que nous ne l'avons faite, l'application de l'hystérectomie aux péritonites du post-partum.

Nous n'avons pas d'observations personnelles se rapportant à ces dernières.

Rappelons que dans une Statistique générale présentée par M. le Professeur Jeannin (in *Obst. et Gyn.*, mars 1929, p. 192), émanant de l'Hôpital de la Pitié, et se rapportant à un exercice de 44 mois 1/2, cet auteur ne relève que 17 cas de péritonite sur 12.500 accouchements.

L'extrême rareté de ces péritonites puerpérales post-partum ne nous a pas permis de réunir des cas probants tant dans le service de notre Maître M. le Professeur Voron que dans celui de M. le Docteur Trillat à la Maternité de la Charité au cours de ces quatre dernières années.

Nous nous reportons à la *Thèse de Suzor*, inspirée par M. le Professeur Jeannin et qui étudie tout particulièrement les *péritonites puerpérales des suites de couches*. Il a pu réunir les éléments de son travail grâce à « une véritable épidémie, au cours des deux derniers mois de l'année 1928 ». Fait surprenant parce que, comme le souligne l'auteur, « Depuis Pasteur, on a vu les « épidémies puerpérales » décroître dans une telle proportion qu'on peut les considérer actuellement comme presque entièrement disparues. Au

contraire, les avortements sont toujours aussi fréquents sinon davantage et les observations de leurs complications sont évidemment en plus grand nombre que celles se rapportant aux péritonites du post-partum ».

L'auteur rapporte plus de 30 observations dont 11 sont personnelles et 9 autres recueillies dans le même service par M. le Docteur Chomé, ces vingt cas constituant le fond de la thèse.

Il étudie différentes formes et établit la proportion de guérison pour chacune d'elle :

Sur 20 observations

1° *Formes septicémiques* (septicémies péritonéales) :

5 cas (Obs. 1, 5, 6, 8, 17) : 5 décès.

2° *Formes aiguës phlegmoneuses* (ou P. aiguës diffuses) :

9 cas (Obs. 2, 9, 10, 11, 20, 25, 26, 29, 33) : 8 décès, 1 guérison.

3° *Formes par effraction* :

4 cas (Obs. 23, 24, 28, 30) : 2 décès, 2 guérisons.

4° *Formes phlegmonneuses avec septicémie* :

2 cas (Obs. 15 et 32) : 1 décès, 1 guérison.

— *Les formes septicémiques pures* : nous les avons éliminées de notre étude. Ce sont des septicémies péritonéales que l'auteur définit comme succédant « à une infection extra-génitale, angine à streptocoques le plus souvent ». Mortelles quelle que soit la thérapeutique employée. Il traite la plupart de ces cas par hystérectomie.

OBSERVATION V
(in thèse SUROR)

M^{me} V., 20 ans, sans profession. Primipare.

Accouchement : Prématuré au terme de 6 mois, fille mort-née.

Suite de couches : Le soir de l'accouchement : frisson durant dix minutes. Le 1^{er} jour : température à 38° 4, pouls à 118, douleurs abdominales, léger météorisme, défense légère sans contracture.

Intervention : Anesthésie rachidienne. Laparotomie sous-ombilicale, pus dans l'abdomen, pas de fausses membranes.

Hystérectomie sub-totale. Mickulic, drain vaginal.

Suites opératoires : La malade meurt le surlendemain, à 9 heures, température à 40°, pouls filiforme incomptable. Examen de pus sur lame : streptocoque à l'état pur.

Antécédents : Angine rouge, 4 jours avant l'accouchement, l'examen bactériologique du mucus pharyngé, dans un service de médecine, avait montré qu'il s'agissait d'angine à streptocoques.

Examen anatomique des pièces :

Utérus et annexes sains à l'examen 'microscopique.'
L'examen histologique ne montre aucune infiltration du muscle utérin.

— *Formes aiguës phlegmonneuses* : que nous avons particulièrement étudiées, lui ont donné dans les suites de couches 8 décès et 1 guérison.

L'hystérectomie a été le plus souvent pratiquée sauf pour les malades : 20 (forme latente, morte sans intervention), 25 et 26 (formes tardives traitées respectivement le sixième et le dix-septième jours par laparo-

tomie). Décès dans tous les cas, sauf pour la malade 33 (*laparotomie et drainage simple, Docteur Chomé. Guérison*).

— *Formes par effraction* (traumatiques : perforation ou déchirure. Rupture d'abcès, de kyste de l'ovaire, etc... Formes que nous avons éliminées de notre thèse).

2 décès, 2 guérisons.

OBSERVATION XXX

(in thèse SUROR)

M^{me} G..., 22 ans. Primipare. Dernières règles le 28 janvier 1927.

Accouchement : Forceps. Rotation et extraction difficile. Phénomènes de shock.

Suites de couches :

3 premiers jours : fièvre légère, douleurs abdominales bas-situées.

Troisième jour : douleur violente, généralisée à tout l'abdomen, vomissements. Toucher : culs de sac droit et postérieur douloureux. Température 39. Pouls à 120.

Intervention : Laparotomie sus-ombilicale : Epanchement de sang dans l'abdomen. Thrombus pelvien situé à droite du bassin, rompu sur une hauteur de 12 à 15 centimètres.

Hystérectomie malgré l'intégrité de l'utérus : pour faciliter le drainage. Mickulicz.

Suites opératoires : Guérison un mois après l'intervention.

— *Forme phlegmonneuse avec septicémie* :

Observation 15 : hystérectomie. Mort.

Observation 32 : hystérectomie et guérison.

OBSERVATION XXXII

(In thèse SUROR)

M^{me} S..., 18 ans.

Accouchement : normal mais la malade présente une angine avec température à 39° 4 ayant débuté la veille de l'accouchement.

Suites de couches : le premier jour : Mauvais état général, frissons, température 40° 4, pouls à 120, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales violentes et généralisées.

Intervention : Hystérectomie, drain vaginal. Mickulicz. Streptocoques dans le pus et dans l'exsudat pharyngé.

Examen des pièces : Lymphangite utérine bilatérale, ovaires infiltrés, petits abcès à la coupe. Trompes également infiltrées.

Suites opératoires : Parotidite droite incisée. *Guérison.*

L'auteur conclut : « Le traitement doit être aussi précoce que possible. Dès qu'il y a soupçon de péritonite, la laparotomie s'impose. *Quelle que soit la forme de péritonite constatée l'hystérectomie sera pratiquée suivie de drainage.* En cas de lésions de la sphère génitale, cette opération est logique et parfois heureuse dans ses résultats ; on ne la fait en cas de septicémie péritonéale qu'en désespoir de cause et dans l'incertitude d'un ferme diagnostic de variété ».

Il nous semble que si les accoucheurs parisiens penchent très nettement en faveur de l'hystérectomie, certains auteurs « sont loin de partager cette manière de voir. Tissier, Cadenat, Potvin, J.-L. Faure lui-même, prétendent que l'hystérectomie est une opération trop traumatisante chez les péritonitiques », Suzor,

p. 136. Ils rejoignent en cela nos Maîtres de l'Ecole lyonnaise. Déjà en 1926 Robin (*thèse de Paris*) citait M. le Professeur Voron rapportant deux cas d'hystérectomie post-partum avec deux morts.

D'ailleurs les partisans de l'hystérectomie systématique reconnaissent eux-mêmes que fréquemment les lésions utérines ou annexielles sont minimales ou même inexistantes.

II. — RESULTATS

L'appréciation des résultats est très délicate. Il n'existe pas de statistique d'ensemble concernant à la fois des péritonites puerpérales du post-partum et celles du post-abortum, à cause de l'infinie rareté des premières.

D'autre part, nous l'avons vu, les éléments de gravité sont absolument différents, et surtout, les discussions furent toujours imprécises mêlant les indications opératoires des péritonites puerpérales à celle de l'infection puerpérale et même des perforations utérines.

Les observations que nous avons relatées proviennent de sources diverses et il leur manque une uniformité de conceptions pathogéniques et cliniques. Si bien que nous ne jugeons pas utile d'élaborer une statistique d'ensemble qui pourrait être étendue mais serait formée d'éléments dissemblables pouvant donner lieu à des erreurs d'interprétation.

Nous rapportons simplement des observations ori-

ginales ou déjà publiées. Il nous suffit de rappeler qu'entre les mains d'opérateurs différents : La laparotomie sous-ombilicale médiane avec drainage abdominal ou abdomino-vaginal et cloisonnement à la Mickulicz a donné pour des cas de péritonites puerpérales aiguës diffusantes : des résultats probants, des guérisons que l'on n'osait espérer.

III. — CHOIX DU PROCÉDE

De toutes les considérations précédentes, les indications thérapeutiques découlent logiquement :

1° Du fait qu'il est indispensable d'intervenir d'urgence de façon très précoce ;

2° Du fait qu'en général l'exérèse des lésions est illusoire ;

3° Du fait qu'il s'agit de malades très gravement atteintes et qu'il y a lieu de pratiquer une intervention minime.

Le procédé de choix devra réaliser :

a) Un large drainage du pelvis ;

b) Un cloisonnement qui isolera le pelvis du grand ventre.

Toutes ces conditions semblent être remplies par le *Drainage abdominal avec un Mickulicz* qui a tous les avantages et le minimum d'inconvénients. Mais parfois on aura intérêt à réaliser le *Grand drainage abdomino-vaginal*. Enfin nous admettons qu'il est certains cas spéciaux qui nécessitent l'hystérectomie mais d'emploi très réservé s'appliquant surtout aux **péritonites post-partum**.

IV. — INDICATIONS CLINIQUES

Il n'existe qu'un traitement des péritonites principales aiguës diffusantes, c'est l'intervention chirurgicale d'urgence. Ceci ne semble pas devoir être discuté même dans les formes septicémiques péritonéales d'origine imprécise, car il faut réaliser un drainage au point déclive de la cavité abdomino-pelvienne.

L'indication clinique, comme nous l'avons vu aux paragraphes de la symptomatologie et du diagnostic (nous le répétons encore car c'est le point essentiel que nous avons essayé de démontrer), est souvent délicate. *Il ne faut pas attendre les signes évidents et classiques de la péritonite.*

La moindre présomption de début de péritonite diffuse devra être fortifiée par *l'observation rigoureuse d'heure en heure* selon la méthode des Internes et Chirurgiens de Garde amenés à prendre une décision opératoire délicate devant un cas douteux (contusion abdominale par exemple). Car il est évident que le tableau clinique se transforme en général avec une rapidité foudroyante et telle malade chez laquelle on ne relevait que des symptômes minimes attirant à peine l'attention à la contre-visite du soir, se présentera avec des signes de péritonite diffuse le lendemain matin à la visite magistrale : l'heure d'une intervention efficace aura été franchie.

En conclusion on en arrive à une conduite thérapeutique analogue à celle adoptée actuellement pour

tous les syndromes abdominaux pour lesquels l'opération retardée n'aboutit qu'à des désastres. Il faut opérer sans hésiter au moindre symptôme et en cas de doute ne jamais s'abstenir. MIEUX VAUT UNE LAPAROTOMIE BLANCHE QU'UNE INTERVENTION TROP TARDIVE.

CHAPITRE IV

Application aux péritonites puerpérales des acquisitions récentes sur le traitement des péritonites aiguës

Ces dernières années des adjuvants thérapeutiques sont venus compléter les moyens mis en œuvre au cours du traitement des péritonites et destinés surtout à lutter contre la toxémie d'origine intestinale. L'élimination de tous ces produits toxiques et l'augmentation des moyens de défense de l'organisme sont complétés par :

1° LE SÉRUM SALÉ HYPERTONIQUE

Cette thérapeutique s'adresse principalement aux phénomènes occlusifs. Elle a pu donner de très brillants résultats dans les occlusions hautes du grêle, une fois l'obstacle levé, mais semble être un adjuvant très précieux dans les iléus paralytiques, tels qu'on les observe au cours de toute péritonite. Actuellement, on aurait tort de ne pas mettre en œuvre toutes les thérapeutiques possibles, en particulier dans ces formes souvent désespérées (Gosset, Petit-Dutailis, Villard, Denis, *thèse de Lyon*, 1929).

2° FISTULISATION INTESTINALE DE SÉCURITÉ

Réalisée principalement par la cœcostomie à la Witzel ou l'appendicostomie, la fistulisation du grêle devant être le plus souvent évitée. Celle-ci réalise une dérivation à l'extérieur des produits intestinaux, c'est une soupape de sûreté dont le fonctionnement n'est évidemment pas certain, mais qu'il faudra savoir employer principalement dans les formes avec météorisme de même que dans les formes occlusives après levée de l'obstacle. Par cette sonde les produits toxiques s'écouleront et, d'autre part, il sera plus aisé d'administrer des injections salées.

Dans l'observation n° II, il semble bien que la levée de l'obstacle eût été insuffisante à amener la guérison et que c'est grâce à la cœcostomie pratiquée de bonne heure que l'on pût sauver la malade.

D'ailleurs cette question a été fortement étudiée et nous renvoyons aux discussions de thérapeutique chirurgicale soulevées par ce problème.

Conclusions

I. — Les Péritonites puerpérales aiguës diffusantes constituent une entité qu'il faut bien séparer tant au point de vue clinique qu'au point de vue thérapeutique :

a) Des infections puerpérales aiguës généralisées (septicémies) ou localisées (phlegmon du ligament large, salpingite puerpérale ou abcès pelvien, etc...), qui, parfois, peuvent s'accompagner de réaction péritonéale.

b) Des péritonites non puerpérales survenues au cours de la puerpéralité (appendicite, rupture de pyosalpinx, etc...).

c) Des péritonites observées après des traumatismes utérins obstétricaux (ruptures, déchirures, etc...).

II. — Ces péritonites puerpérales sont dues à une infection aiguë, soit du post-partum, soit du post-abortum à point de départ génital. L'agent microbien est le streptocoque.

III. — L'anatomie pathologique montre que ce sont des péritonites diffusantes qui ne pourraient s'enkyster. Causées non pas tant par des lésions utérines ou

annexielles souvent minimales que par lymphangite sous-séreuse qui est l'élément constant de cette diffusion.

IV. — Malgré une symptomatologie d'interprétation délicate, il faut s'efforcer de dégager un tableau clinique qui permette un diagnostic très précoce, duquel dépendent les résultats thérapeutiques de l'acte opératoire. Cette interprétation est différente suivant qu'il s'agit de péritonite post-partum ou de péritonite post-abortionum.

V. — Le traitement est essentiellement chirurgical et comporte une intervention d'urgence aidée de certains adjuvants médicaux.

VI. — L'indication thérapeutique à remplir peut être double :

- a) Arrêter la diffusion de la péritonite;
- b) Supprimer la cause de cette péritonite.

VII. — La suppression de la lésion causale (par castration ou hystérectomie) est le plus souvent illusoire comme l'ont montré l'anatomie pathologique et la pathogénie de la diffusion.

VIII. — De l'étude des différents procédés opératoires, il découle que :

- a) L'hystérectomie vaginale ou abdominale de par sa gravité certaine et d'autre part son inefficacité réelle dans de nombreux cas doit être le plus souvent formellement condamnée.

b) Le drainage abdominal avec cloisonnement à la Mickulicz reste le seul procédé utilisable du fait de son efficacité et de son innocuité.

IX. — Il y aura lieu de mettre en œuvre les acquisitions récentes du traitement des péritonites aiguës (injections de sérum salé hypertonique et cœcostomie) dans les cas de phénomènes occlusifs aigus associés.

X. — L'étude des résultats montre :

a) La gravité beaucoup plus grande des péritonites post-partum ;

b) L'importance primordiale du diagnostic précoce qui entraîne une intervention d'urgence ;

c) La gravité de l'hystérectomie ;

d) Les guérisons dues au drainage abdominal à la Mickulicz.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
VORON.

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 23 Mai 1932

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE

Bibliographie

- ADDE. — De l'hystérectomie vaginale dans les infections abortives. Thèse de Lyon, 1911.
- ACHARD. — In Debove Achard. *Traité de Médecine*. Péritonites aiguës, 1897.
- ADAM. — Contribution à l'étude de la vaccinothérapie dans l'infection puerpérale. Thèse de Paris, 1921.
- ARNAUD. — Traitement des péritonites diffuses aiguës. Thèse de Lyon, 1912.
- BAR. — Congrès des gynécologues et obstétriciens, 1921, t. IV, p. 153.
- Congrès des gynécologues et obstétriciens, Strasbourg, 1923.
- BAR ET BRINDEAU. — In Tarnier Budin. Les péritonites puerpérales, 1901.
- BAR, BRINDEAU, CHAMBELENT. — La pratique de l'art des accouchements.
- BAZY LOUIS. — Les applications de glace dans la péritonite généralisée. *Soc. de Chir.*, avril 1924.
- BENOIST. — Contribution à l'étude de l'hystérectomie dans l'inf. puerpérale aiguë, avec lésions utérines prédominantes. Thèse de Paris, 1901.
- BERTHON. — Thèse de Paris, 1913. Injections d'huile camphrée dans les péritonites aiguës diffuses.
- BOUCHAUD. — Thèse de Paris, 1925. Traitement de l'I. P. par les pansements intra-utérins aux filtrats de culture de streptocoque.

- BRANCA. — Histologie du péritoine. In *Traité d'Anatomie Poirier*.
- BRINDEAU. — La césarienne supra-symphysaire. *Press. Médic.*, avril 1925.
- Quelques réflexions à propos de la césar. sus-pub. *Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1922.
- Leçon contradictoire, clinique Tarnier, 1925, Vigot.
- BRINDEAU ET LEQUEUX. — Péritonites puerpérales. *Bull. de Soc. d'Obst.*, 1903.
- BROUHA. — Conception actuelle de l'I. P., Strasbourg 1923.
- CADENAT. — L'hystérectomie vaginale P.M., 14 janv. 1920.
- Congrès des gyn. et obst. In *gyn. et obst.*, 1921.
- *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1924.
- CAPLESCO. — La transfusion dans les péritonites septiques M. M., février 1926.
- CARDOT. — De la colpotomie dans le traitement des péritonites généralisées d'origine puerpérale.
- CHATON. — Les applications de glace dans les périt. *Gazette des Hôp.*, 1924, p. 535.
- CHOMÉ. — In *Nouveau Traité*. La pratique de l'art des accouchements, 1926.
- COTTE. — Hystérectomie dans l'I. P. *Rapport du congrès de gynécologie et d'obstétrique*, 1921, t. IV, n°3.
- COUVELAIRE, LEVY-DOLAL ET SIMARD. — Sérothérapie dans l'I. P. *Soc. de Biol.*, février 1924.
- DELORE, MALLET-GUY ET L. CREYSSEL. — Entérostomie dans la cure des Occl. Int. aiguës. *Presse Médicale*, 1925.
- DENIS. — Thèse de Lyon, 1929. Le syndrome humoral de l'occlusion intestinale. Bases physiologiques de la thérapeutique salée.
- DELBET. — Recherches expérimentales sur le lavage du péritoine. *Ann. de gynécologie*, 1889.

- Des suppurations pelviennes chez la femme, 1891.
- DENIS. — Syndrome humoral de l'occlusion intestinale, Lyon 1929.
- DEMELIN. — Manuel de l'Accoucheur, 1924.
- DEVRAIGNE. — Les péritonites puerpérales. In *Manuel de l'accoucheur*, p. 1491, 1924, Doin.
- DOLÉRIS. — Traitement intégral de l'infection puerpérale. *Soc. d'Obst. gyn.*, 1905.
- DONAY. — *Gynécologie*, p. 117. Doin, 1928.
- ELOY. — Contribution à l'étude du traitement des péritonites purulentes généralisées. Th. Lille, 1909.
- ERLACH. — *Wiene Klin. Wochensch*, 1898.
- ESTIENNY. — Obst. et gyn., Toulouse 1931.
- FAURE. . . *Traité de gyn.* (Faure et Siredey).
- Congrès des gyn., 1921. In *gyn. et obst.*, 1921.
- *Bull. de la Soc. de Chir.*, t. I, 1924.
- FIEUX. — Péritonite aiguë consécutive à des manœuvres abortives. *Rev. pratique obst. et pédiatrie*, 1906.
- FROMMEL. — Sur les perforations de l'utérus. *Wien. Klin. Woch.*, 1924.
- GONSOLIN. — Péritonite généralisée par rupture de phyo-salpinx. Th. Lyon, 1908.
- GOSSET, L. BINET, PETIT-DUTAILLIS. — Valeur du chlor. de sodium employé en solution hypertonique à haute dose comme moyen curatif ou préventif de l'intoxication dans les occlusions du tube digestif, 7 janvier 1928. *Presse Médicale*.
- HEITZ. — Thèse de Paris, 1919. Contribution à l'étude de la vaccinothérapie par le lépo-vaccin anti-strepto.
- HOUEL-EZÈS. — *Société obst. et gyn. d'Alger*, février 1930.
- HERVIEUX. — Maladies puerpérales.
- JABOULAY. — *Société de Chirurgie de Lyon*, mai-juin 1901.

- De l'iodage du péritoine, *Lyon-Méd.*, 1909, p. 1.076.
- JEANNIN. — Les péritonites puerpérales. In *traité Bar-Brindeau*, 1924.
- KELLER. — Thèse de Paris, 1902. Escol. et pathogénie des inf. puerp. putrides.
- KOWNATZKI. — Zur Behandlung des freie puerpéralen péritonitis mit laparotomie und drainage. *Berlin Klin. Wochen*, 1905.
- KOBLANK. — *Soc. d'obst. et de chirurgie*, Berlin 1910.
- In *Deutsch mediz Wochensch*, 1910.
- LAULAIGNE. — Thèse de Paris, 1919. Les péritonites puerpérales.
- DE LAPLAGNE. — Péritonite puerpérale. *Car. des Hôpitaux*, 1861.
- LECÈNE. — Congrès de chirurgie, 1911.
- LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale, 1926.
- LEJARS. — Congrès de Bruxelles, 1905.
- LÉVY, SOLAL et SOUVEL. — La pelvi-vaccinothérapie. *Soc. d'Obst. et de Gyn.*, Paris, 1927.
- MARMASSE. — Thèse de Paris 1926. Traitement de l'I. P.
- MESLIER. — Thèse de Paris 1912. Traitement des péritonites diffuses.
- MOLIN. — In *Gynécol. et Obst.*, 1928, p. 253.
- MORESTIN. — Ether dans le péritoine. *Soc. Chirurgie Paris*, février 1913.
- MOUCHOTTE. — Document pouvant servir à l'étude de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale post-abortionum. Th. Paris 1903.
- NOBLE. — Coeliotomie for puerperal peritonitis. *Amer. Gyn. and Obst.*, 1895.
- SGUVÉ. — Traitement des péritonites aiguës. *Presse Mé-*
- OMONT. — Thèse de Paris, 1921. Traité de T.S.P. par un sérum anti-strepto.
- PATEL. — De l'éther dans le péritoine. *Lyon Méd.*, 1912.

- PERY, COMBIN et PAUZAT. — Péritonite septique puerpérale. *Bull. Soc. Obst.*, n° 2, 1922.
- PAMAT. — Péritonite subaiguë post-abortum. *Gyn. et Obst.*, 1920.
- PICQUÉ. — Des indications de l'hystérectomie abdominale dans le traitement des infections puerpérales. *Société de Paris*, 1902.
- PLAUCHU. — In *thèse de Naz.*
- POLICARD. — Précis d'histologie.
- PORTES. — Césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus. *Gyn. et Obst.*, octobre 1924.
- POTRIN. — De l'hystérectomie dans l'I. P. Congrès de 1921, in *Gyn. et Obst.*, 1921.
- RAYMOND. — Colpotomie dans le traitement de l'I. P. Thèse de Paris 1908.
- RAVINA. — Thèse de Paris, 1926. Traitement de l'infection puerpérale par les filtrats de culture.
- REVERDIN. — Thèse de Lausanne, 1912. Traitement des péritonites aiguës.
- SIREDEY. — Traitement des maladies puerpérales, 1884
- SIMON. — Du traitement rationnel et précoce de l'infection puerpérale. Th. Paris, 1909.
- SCHICKELÉ. — Les interventions obstétricales et chirurgicales au cours de l'accouchement. *Gyn. et Obst.*, janv. 1920.
- STEWART (F. J.). — A Clinical lecture on the treatment of septic peritonitis. *British Med. Journ.*, avril 1920.
- SOUVILLE. — *Revue de Gynécologie*, 1905.
- TARNIER. — Traité de l'art des accouchements, 1901.
- TESSIER. — In Nouveau traité de méd. Complications péritonéales de la scarlatine.
- TRILLAT et REBOUD. . . *Gyn. et Obstétrique*, 1928, p. 253.
- TRILLAT, BELLY et Mlle GRANGETTE. — *Soc. Gyn. et Obstétrique de Lyon*, 10 novembre 1930,

VIGNES. — *L'année obstétricale*, 1925.

VALLERANT. — Thèse de Paris, 1913. Traitement des péritonites par les injections intra-péritonéales d'oxygène.

VIGNARD. — Recherches sur le meilleur mode de drainage. *Bulletin Médical*, 1902.

VILLARD. — De la valeur du péristaltisme intestinal dans le pronostic et le traitement des occlusions post-opératoires. *Lyon Chirurgical*, 1^{er} mars 1912.

VORON et PIGEAUD. — *Société d'Obst. et de Gyn. de Lyon*, décembre 1928.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
DÉFINITION	13
ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE	17
ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE	27
ETUDE CLINIQUE	35
<i>Symptomatologie</i>	36
<i>Formes cliniques</i>	44
<i>Diagnostic</i>	47
<i>Pronostic</i>	50
TRAITEMENT	53
<i>Historique</i>	53
<i>Traitement médical</i>	61
<i>Traitement chirurgical</i>	65
<i>Application aux péritonites puerpérales des acquisitions récentes sur le traitement des péritonites aiguës</i>	97
CONCLUSIONS	99
BIBLIOGRAPHIE	103



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 IMPRIMEURS - ÉDITEURS 00 00

00 42, QUAI GAILLETON, 42 00

00 00 00 00 LYON 00 00 00 00



